ÎNGRIJIRI SPECIALE ACORDATE PACIENȚILOR DE CĂTRE ASISTENȚII MEDICALI

MANUAL
PENTRU COLEGIILE ȘI ȘCOLILE POSTLICEALE SANITARE

Sub redacția
Lucreția TITIRCĂ

Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

ÎNGRIJIRI SPECIALE ACORDATE PACIENȚILOR DE CĂTRE ASISTENȚII MEDICALI

MANUAL
PENTRU COLEGIILE ȘI ȘCOLILE POSTLICEALE SANITARE

Sub redacția
Lucreția TITIRCĂ

Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

AUTORI:

Elena DOROBANȚU
Gherghinica GAL
Monica SEUCHEA
Lucreția TITIRCĂ
Florica UDMA

PLANURI DE ÎNGRIJIRE

Dr. Vasile BONAȚ
Măriuca IVAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Îngrijiri speciale acordate pacienților de către asistenții medicali / sub red.: Lucreția Titircă. – Ed. a 7-a. – București : Viața Medicală Românească, 2006
Bibliogr.
ISBN 973-843779-2

I. Titircă, Lucreția (coord.)

616-083:614.253.3(077.76)

Redactor de carte: Dan LĂZĂRESCU

Tehnoredactor: Ioan DUMITRENCO

Tehnoredactare computerizată și coperta: Gina MANCIU

Operator: Berta ALEXE

Corector: Emil FRĂȚILĂ

EDITURA „VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ"
București, sector 1, Intr. Cristian Popișteanu nr. 1-3, cod poștal 70109
TELEFON: 315.61.09; FAX: 315.69.80

Cuvânt înainte

Necesitatea elaborării acestei noi lucrări destinate formării și perfecționării asistenților medicali nu trebuie, credem, argumentată. Se cunoaște nevoia de a avea un manual adecvat care să acopere, în întregime, programul de învățământ la materia de nursing/TIB – pentru cei trei ani de școală sanitară postliceală.

*Pentru anul I de studiu, există două lucrări care se folosesc în predarea acestei materii și care acoperă programul de învățământ pentru acest an: ● **Ghidul de nursing** și **Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenții medicali** – ambele sub coordonarea Lucreției Titircă.*

*Pentru anii II și III, bibliografia existentă, constă în: ● **Urgențe medico-chirurgicale** și ● **Breviar de explorări funcționale și îngrijiri speciale acordate bolnavilor** de același autor. Ele, însă, nu cuprind toate temele prevăzute în programa de învățământ. Această lacună este acoperită de cartea de față. Lucrarea cuprinde toată tematica din programa de învățământ pentru toți cei trei ani de studiu.*

Apariția acestui nou volum nu le exclude pe celelalte, ci reprezintă o completare a tematicii cu o altă abordare a modului de îngrijire.

Urmărim prin această lucrare prezentarea datelor în așa fel încât să fie incluse cronologic etapele procesului de îngrijire la fiecare afecțiune. În felul acesta va fi mai ușor de întocmit (pentru elevi și pentru asistenții din rețea) un plan de îngrijire pornind de la culegerea datelor, identificarea problemelor și formularea diagnosticului de îngrijire cu cele trei componente ale sale: problema – etiologie – semne (PES).

Aducem mulțumirile noastre doamnei dr. Carmen Sima, inspector șef la Inspectoratul de sănătate publică a județului Maramureș, doamnei dr. Maria Costin, medic primar neurolog, Spitalul județean Baia Mare, precum și domnului dr. Ioan Seceleanu, director adjunct al Grupului școlar sanitar Sibiu, pentru ajutorul pe care ni l-au dat verificând unele teme din această lucrare.

Lucreția TITIRCĂ

Prefaţă la ediţia I

În domeniul învăţământului medical – fie că acesta se adresează viitorilor medici, fie că beneficiarii sunt cadrele sanitare medii – necesitatea corelării teoriei cu practica, într-o proporţie optimă, rămâne, la noi, din păcate, un deziderat. Ceea ce nu înseamnă că nu s-au făcut paşi importanţi în direcţia unei mai bune susţineri a noţiunilor teoretice, prin asistenţa nemijlocită a bolnavului la pat sau în laboratoare. **Nursing**-ul este un concept modern de îngrijire a pacienţilor, preconizat de Virginia Henderson – autoarea primei lucrări în domeniu – dar care a fost introdus în tara noastră abia după Decembrie '89 de către un grup de elită al asistentelor şi asistenţilor medicali. Din acest colectiv s-a distins dna **Lucreţia TITIRCĂ,** nume bine cunoscut în lumea profesioniştilor sănătăţii, care a iniţiat şi apoi a continuat scrierea unor ediţii succesive de îndreptare pentru şcolile sanitare postliceale şi pentru asistenţii medicali, tratând probleme de nursing. Aceste cărţi, pe care, din nejustificată modestie, Domnia sa şi colegele sale coautoare, le numesc „îndrumare", „manuale" sau „ghiduri" realizează, de fapt şi în bună măsură, dezideratul enunţat la începutul acestor rânduri: educarea practică a asistenţilor medicali, pornind de la teorie, în sensul de a-i ajuta să ofere beneficiarilor de îngrijiri o asistenţă individualizată, completă şi continuă.

Lucrarea de faţă, poate cea mai completă din serie, oferă aşadar elevilor (studenţilor) din şcolile sanitare mai mult decât principiile actului de îngrijire, bazate pe noţiunile foarte moderne de nursing. Ele conferă celui (celei) care şi le însuşeşte **corita şi autorizata independenţă profesională** bazată pe judecata proprie în susţinerea actului medical, alături de medic.

„Manualul de îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali" (ediţia 1998) serveşte, de asemenea, **educaţiei profesionale continue** – obligaţie etică şi responsabilitate individuală a fiecărui asistent medical (indiferent de locul de muncă) de-a lungul intregii sale cariere. Capitolele lucrării pun la dispoziţia cititorilor cele mai noi cunoştinţe ştiinţifice şi le stimulează acele aptitudini tehnice pentru ca – în practică – aceştia să se menţină sau să acceadă la cele mai înalte cote profesionale.

Lucrările dnei **Lucreţia TITIRCĂ** şi a colaboratoarelor sale nu mai au nevoie de „recomandări" prefaţatoare. Dacă am acceptat, totuşi, inserarea acestui text între coperţile acestui adevărat tratat de **nursing** a fost pentru a nu pierde prilejul de a le felicita public şi de a informa, cu respect, pe cititori că se află în faţa unui op de referinţă pentru multă, multă vreme.

Dr. Mihail MIHAILIDE,
directorul Editurii „Viaţa Medicală Românească"

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului locomotor

NOŢIUNI DE ANATOMIA ŞI FIZIOLOGIA APARATULUI LOCOMOTOR

Aparatul locomotor este format din *sistemul osos* şi *sistemul muscular*.
Sistemul osos – raportat la principalele regiuni ale corpului cuprinde:
- scheletul capului
- scheletul trunchiului
  - coloana vertebrală
  - coaste
  - stern
- scheletul membrelor superioare
  - centura scapulară (claviculă, omoplat)
  - braţ (humerus)
  - antebraţ (radius şi cubitus)
  - mână (carpiene şi metacarpiene)
- scheletul membrelor inferioare
  - centura pelviană (osul coxal)
  - coapsă (femur)
  - gambă (tibie şi peroneu)
  - picior (tarsiene şi metatarsiene)

Clasificarea oaselor:
- scurte (vertebre, tarsiene, carpiene)
- late (omoplat, oasele cutiei craniene)
- lungi (femur, tibie, radius)
- mixte, cu formă neregulată (osul maxilar, mandibular, temporal).

Structura oaselor:
- ţesut osos compact (la oasele lungi acesta se găseşte în regiunea diafizei)
- ţesut osos spongios (se găseşte în regiunea epifizelor)
- în axul diafizei se află canalul medular în care se găseşte măduva osoasă
- la periferia diafizei se găseşte o membrană conjunctivă numită periost.

Rolul sistemului osos:
- susţine greutatea diferitelor părţi ale organismului (coloana vertebrală)
- protejează diferite organe (oasele cutiei craniene)

– înlesnesc mișcarea corpului (rol de pârghii)
– depozit de calciu.

Articulațiile – sunt elemente care unesc oasele. Având ca element de diferențiere mișcarea, se împart în:
– articulații fixe (sinartroze)
– articulații mobile (diartroze)

Sistemul muscular este alcătuit din:
– mușchi scheletici (striați)
– mușchi viscerali (netezi)

Structura mușchilor striați:
– corpul mușchiului are în structura sa țesut muscular, țesut conjunctiv, vase sanguine și nervi.
– tendonul – formațiune conjunctivă, care se găsește la extremitățile mușchiului și prin care mușchiul se leagă de os.

Anexele mușchiului:
– fasciile musculare care învelesc mușchiul și au rol în funcționalitatea mușchiului (în timpul contracției îl mențin în pozitia lui normală)
– tecile fibroase ale tendoanelor sau ligamente – cu rol de a menține tendonul în poziție normală când mușchiul se contractă
– bursele sinoviale – formațiuni cavitare de-a lungul mușchilor și tendoanelor, acolo unde acestea trec peste proeminente osoase.

Proprietățile mușchilor:
– excitabilitate
– contractilitate
– elasticitate

Rolul mușchilor:
– scheletici:
  – mențin poziția verticală a corpului
  – înlesnesc deplasarea
– viscerali:
  – prin contracția lor asigură îndeplinirea funcțiilor organelor respective.

EDUCAȚIA PACIENTULUI PENTRU PREVENIREA AFECȚIUNILOR LOCOMOTORII

– alimentație echilibrată
  – unii factori nutriționali au efect asupra troficității cartilagiului (acizii grași nesaturați)
  – o alimentație hiperglucidică duce la o creștere a greutății corporale constituind un factor determinant și agravant al afectării articulațiilor portante
– evitarea sedentarismului
  – inactivitatea duce la scăderea amplitudinii mișcării și la scăderea forței musculare
– evitarea efortului fizic excesiv
  – efortul fizic excesiv duce la apariția tendinitelor, a durerilor musculare
– evitarea frigului
  – expunerea prelungită la frig poate exacerba focare de infecție latentă

– respectarea unor reguli înaintea efortului fizic
  – antrenament progresiv
  – încălzire înainte de efortul propriu-zis
  – oprire periodică a efortului pentru recuperare
– poziționare corectă în timpul unor activități Fig. 1
  – ridicarea unor greutăți de jos cu ambele mâini și cu genunchii întinși constituie factor agresiv pentru coloana vertebrală
– menținerea posturii și aliniamentului corect al corpului Fig. 2 (A, B)
  – se previn în acest fel deviațiile coloanei vertebrale (cifoză, scolioză)
– tratarea deviațiilor coloanei vertebrale și a altor deficiențe încă din copilărie
– tratarea infecțiilor microbiene și virale
– evitarea mersului prelungit pe teren accidentat
  – se evită astfel agravarea suferințelor șoldului
– evitarea ortostatismului prelungit
  – se protejează articulațiile portante, oasele și mușchii scheletici
– purtarea de încălțăminte adecvată și comodă
– menținerea capacității de efort prin mers pe jos, activități sportive, exerciții fizice cu regularitate
– evitarea traumatismelor
  – montarea de bare pe pereții laterali și îndepărtarea obstacolelor pentru pacienții cu tulburării de vedere, vârstnici, cu tulburări de echilibru etc.
  – folosirea covoarelor antiderapante în jurul toaletei și în cada de baie
  – purtarea echipamentului de protecție adecvat
  – prevenirea accidentelor rutiere, casnice
– evitarea factorilor care contribuie la apariția osteoporozei:
  – dietă bogată în calciu, fumat, consum excesiv de cafea, exces de proteine

EVALUAREA MORFO-FUNCȚIONALĂ A APARATULUI LOCOMOTOR

– evaluarea integrității sistemului osteo-muscular
– evaluarea poziției corpului și a membrelor
– evaluarea mobilității articulațiilor Fig. 3 (A, B, C)
  – se va face pentru fiecare articulație în parte, notându-se orice disconfort acuzat de pacient
– evaluarea gradului de independență în efectuarea activităților zilnice (spălat, pieptănat, îmbrăcat, dezbrăcat)
– evaluarea capacității de deplasare a pacientului și de transfer de pe o suprafață pe alta
  – se va nota siguranța de execuție
– evaluarea toleranței la efort
  – înainte și după activitatea desfășurată se va măsura pulsul, tensiunea arterială, respirația
– prelevarea unor produse biologice și patologice prin:
  – puncție articulară
  – puncție osoasă

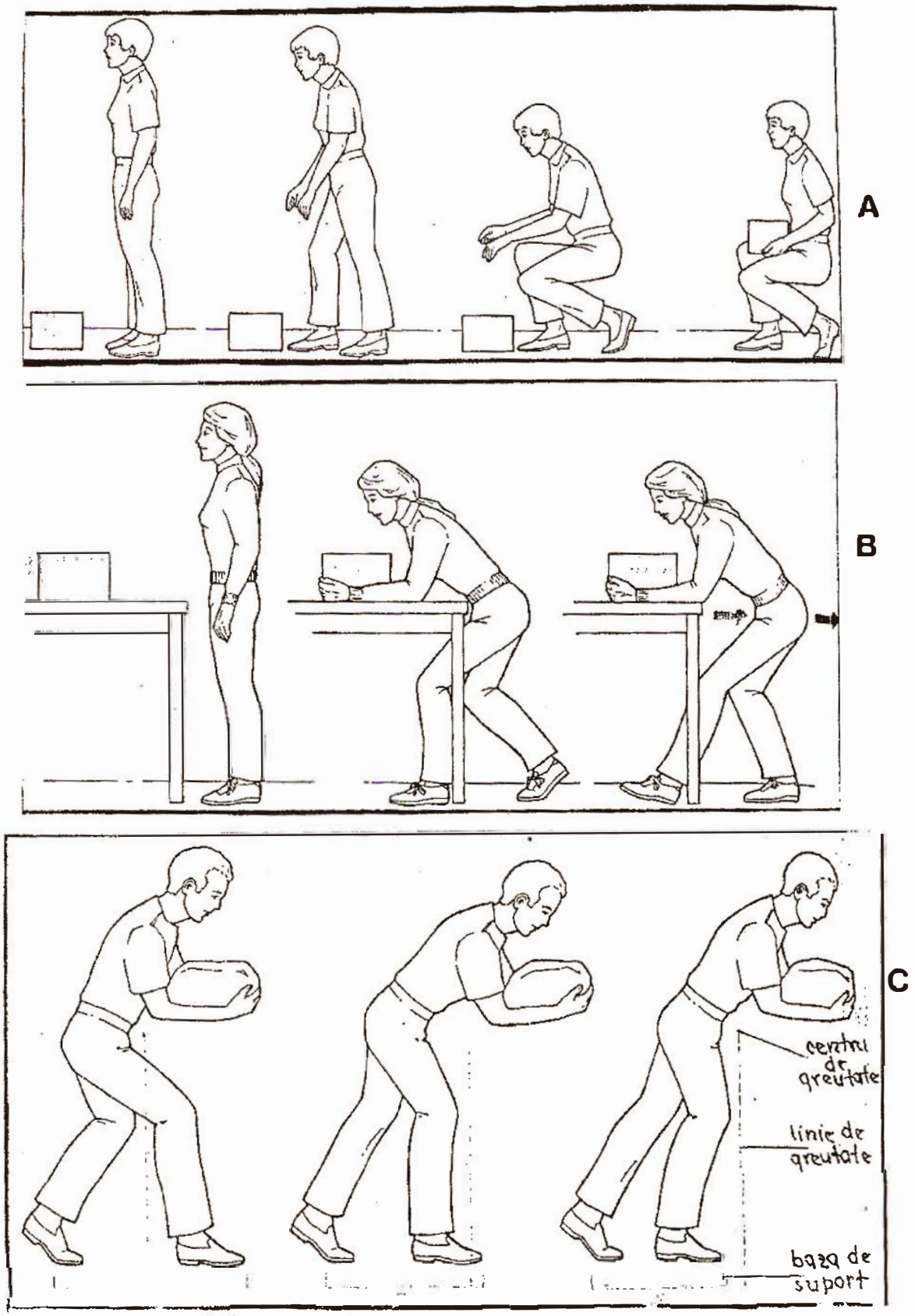


Fig. 1 – *Poziția corpului în timpul manevrării greutăților*
A – ridicarea de jos; B – ridicarea de pe plan înalt; C – menținerea balansului în timpul transportului obiectului

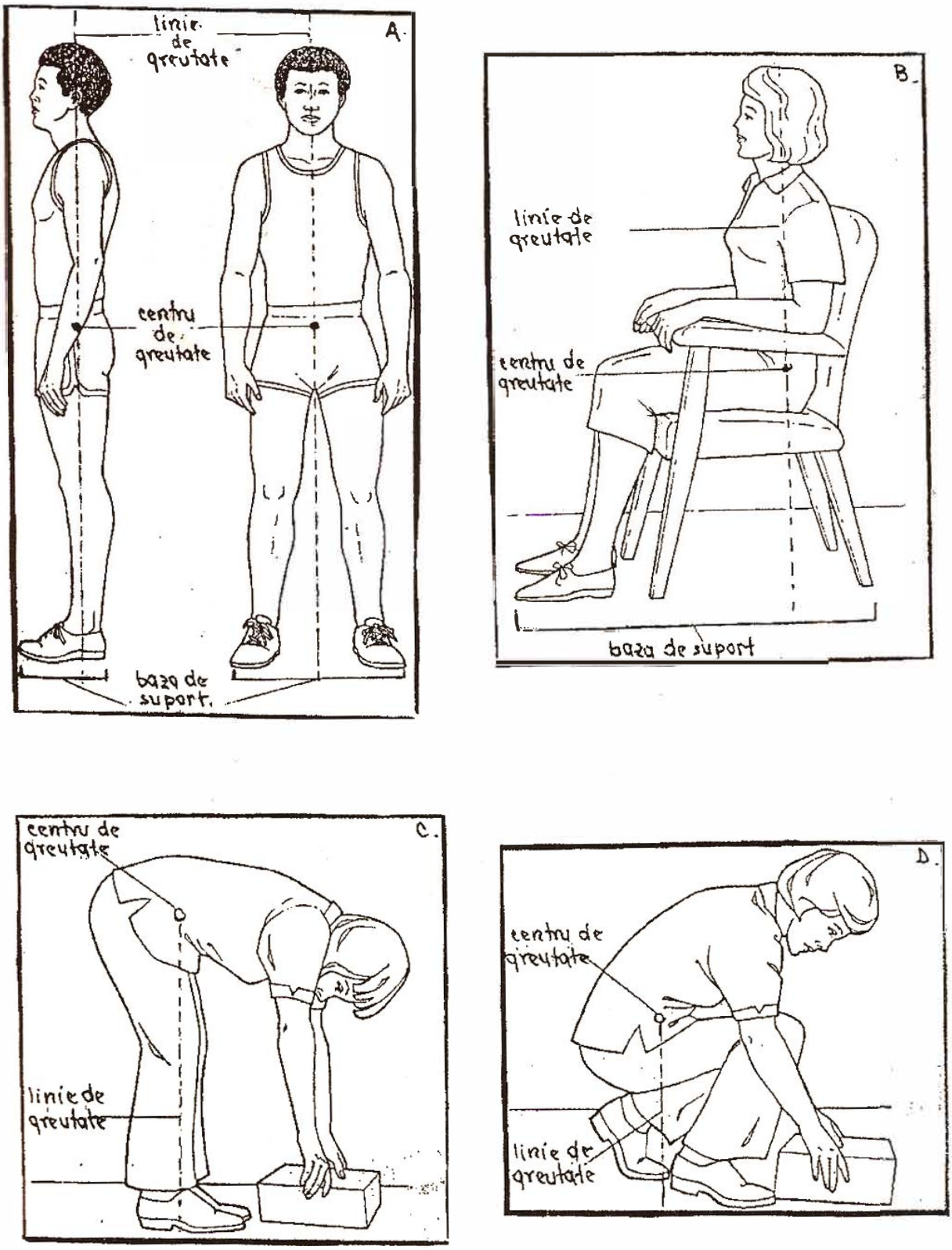


Fig. 2 A – ***Influența centrului de gravitație***

A – influența gravitației în alinimentul ortostatic; B – influența gravitației în aliniament șezând; C – centrul de greutate rămâne la înălțime în timpul aplecării cu genunchii întinși; D – centrul de greutate coboară în timpul aplecării cu genunchii flectați

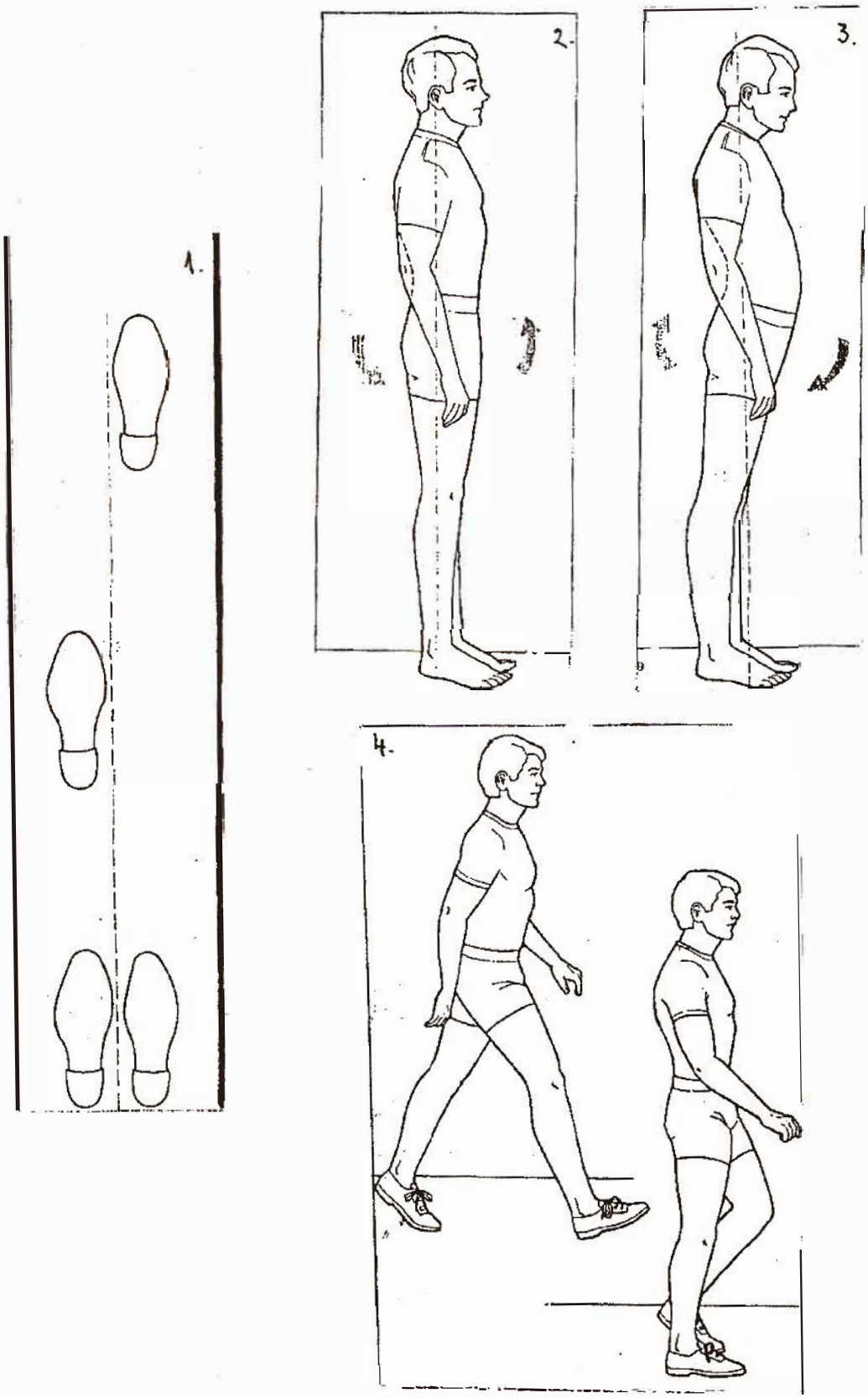


Fig. 2 B – ***Poziţionarea corpului***

1 – mers corect; 2 – poziţie ortostatică corectă; 3 – poziţie ortostatică incorectă; 4 – poziţie în timpul mersului

Fig. 3 – ***Evaluarea mobilității articulare (A, B, C)***

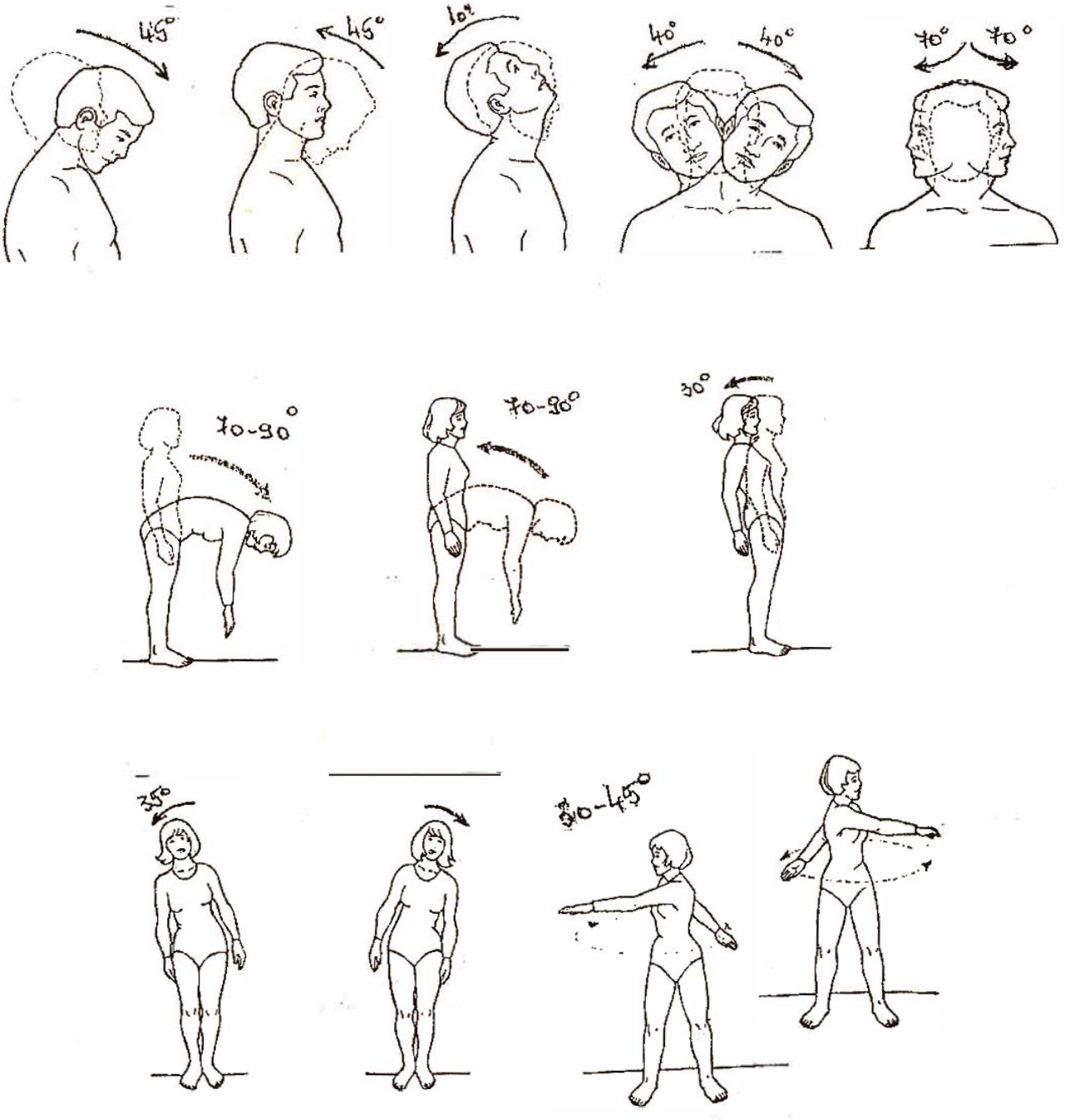


Fig. 3 B

C.

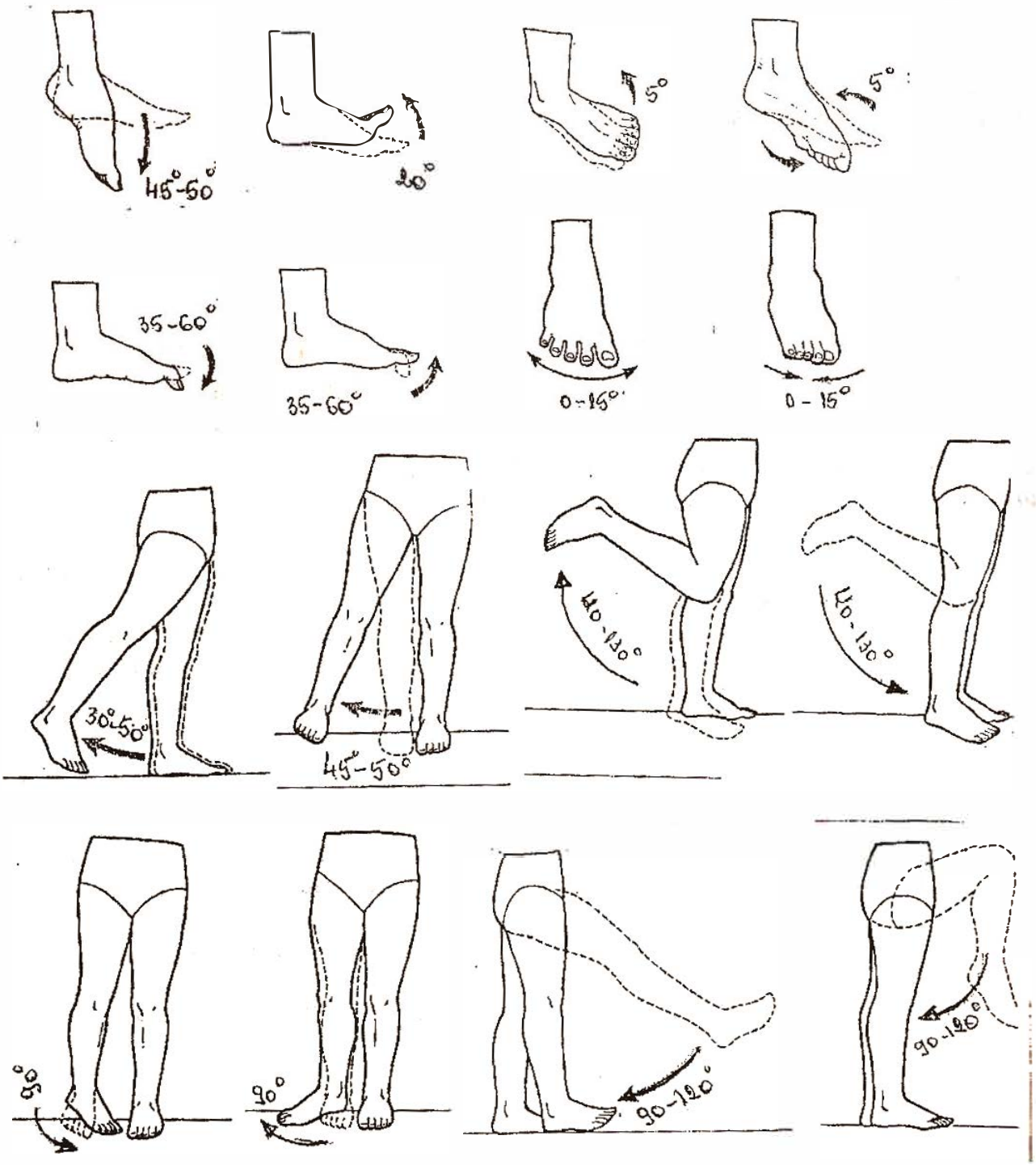

45°-50°
20°
5°
5°
35-60°
35-60°
0-15°
0-15°
30°-50°
45°-50°
40-130°
40-130°
90°
90°
90-120°
90-120°

Fig. 3 C

– puncţie rahidiană
– biopsii
– examinări de laborator
– sânge
– urină
– examinări radiologice
– radiografie simplă
– mielografie
– tomografie computerizată
– artrografie
– examinări cu izotopi radioactivi
– scintigrafie osoasă
– explorări funcţionale
– electromiogramă
– examinări endoscopice
– artroscopia

PARTICULARITĂŢI DE ÎNGRIJIRE A PACIENTULUI CU AFECŢIUNI ALE APARATULUI LOCOMOTOR

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie a afecţiunilor aparatului locomotor* – procese inflamatorii (bursită, tendinită) – focare de infecţie amigdaliene, dentare, bronşice determină afecţiuni reumatismale, care, după vindecare, pot lăsa leziuni sinoviale, cartilaginoase, poliarticulare – infecţii amigdaliene, panariţii, furunculi, infecţii tegumentare superficiale pot constitui locuri de plecare a infecţiei spre sistemul osos (ex. osteomielita) – infecţii bacilare (bacilul Koch) produc tuberculoza osoasă şi osteoarticulară – tulburări hormonale – în menopauză apare osteoporoza – excesul sau lipsa hormonului de creştere duce la leziuni proliferative, respectiv distructive ale osului şi cartilajului – afecţiuni metabolice – diabetul perturbă metabolismul ţesutului conjunctiv şi articular – accidente rutiere, casnice, la locul de muncă au consecinţe: – fracturi **Fig. 4** – luxaţii **Fig. 5** – entorse – rupturi de tendoane, muşchi, ligamente. ● *factori de risc, declanşatori sau agravanţi* – vârsta

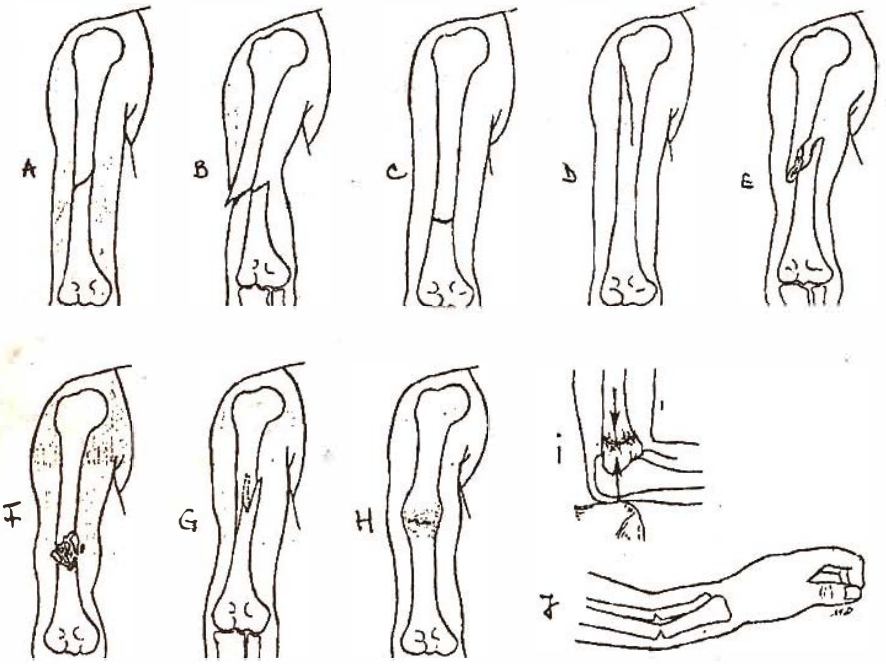


Fig. 4 – *Tipuri de fracturi*

A. oblică închisă; B. oblică deschisă; C. transversală; D. longitudinală incompletă; E. în spirală cu deplasare; F. cominutivă; G. prin ciocnire; H. patologică; I. prin compresiune; J. în lemn verde (incompletă)

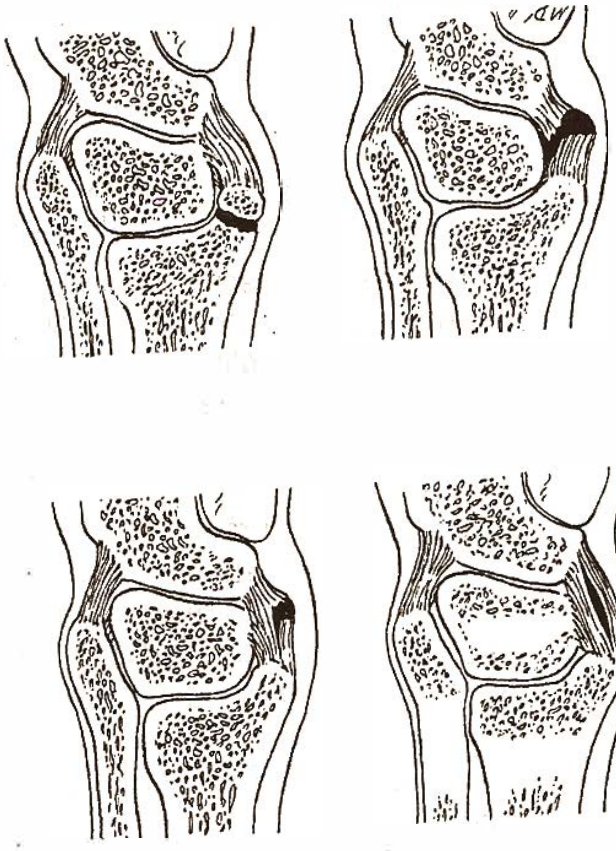


Fig. 5 – *Tipuri de luxaţie*

– la naştere copiii pot prezenta malformaţii congenitale la nivelul aparatului locomotor (picior strâmb, luxaţie de şold, polidactilie) **Fig. 6**

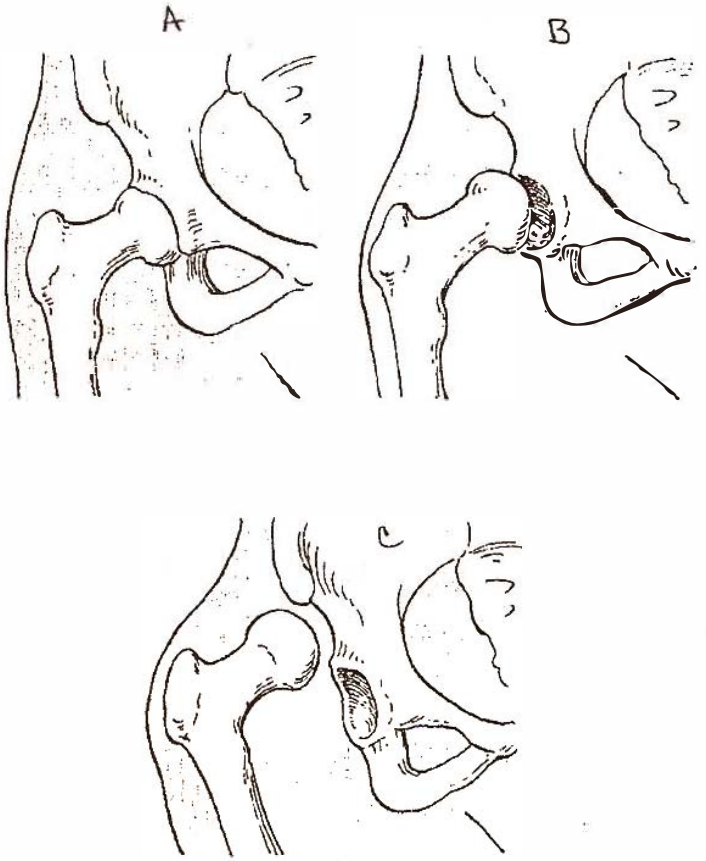


Fig. 6 – *Articulaţia şoldului*
A. normală; B. subluxaţie; C. dislocare

– la copii sunt frecvente fracturile şi deformările după rahitism

– în perioada pubertăţii pot apărea: deformaţii datorită tuberculozei, osteomielitei, tumori osoase; tulburări de creştere (apofizite) şi deformări ale coloanei vertebrale (cifoze, scolioze) **Fig. 7**

– la adult sunt frecvente luxaţiile, fracturile, afecţiunile osteo-articulare de natură infecţioasă, afecţiuni degenerative

– vârstnicii, datorită proceselor fiziologice de resorbţie prezintă frecvente fracturi şi afecţiuni osteo-articulare cu evoluţie severă. Chiar simpla inactivitate a vârstnicului provoacă durere şi mobilitate articulară redusă.

– sexul

– luxaţia coxo-femurală congenitală se întâlneşte mai frecvent la fetiţe

– la femei, în perioada de menopauză sunt mai frecvente afecţiunile cu caracter degenerativ, osteomalacia, spondiloza

– la bărbaţi, este mai frecventă osteopatia deformantă

– condiţiile de habitat
  – frigul accentuează durerile articulare şi musculare

– ocupaţia
  – la jucătorii de tenis – epicondilita
  – la fotbalişti, balerini – ruptura de menisc
  – la pianişti – tenosinovite

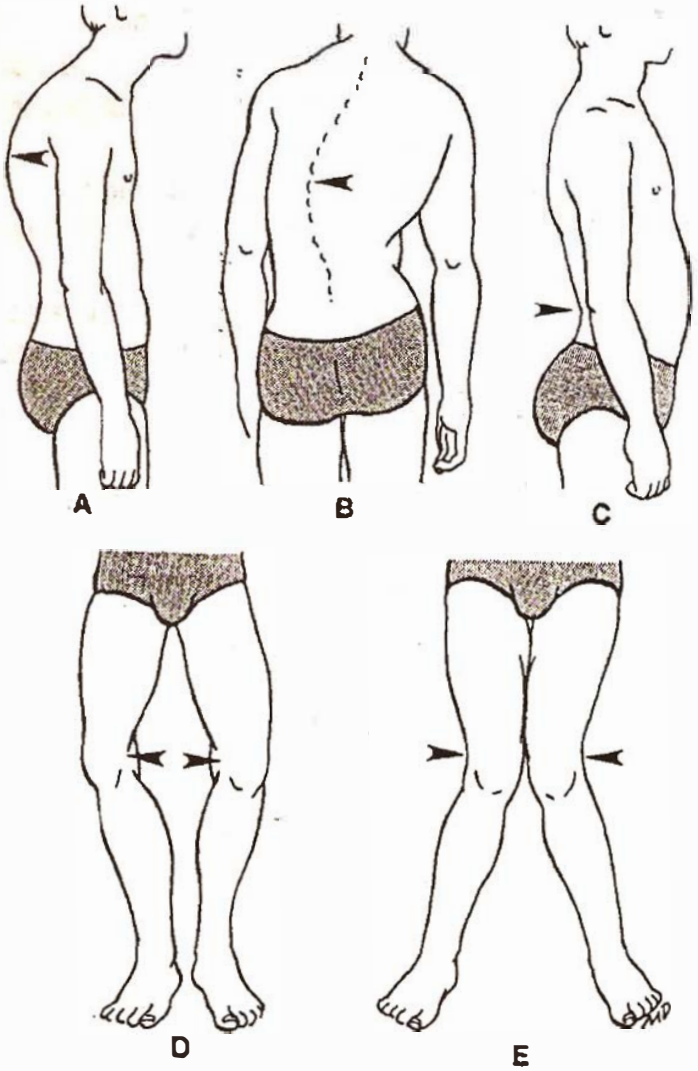


Fig. 7 – *Deviaţii ale coloanei vertebrale şi ale membrelor inferioare*

A. cifoză; B. scolioză; C. lordoză; D. genu varum; E. genu valgum

– alimentaţia excesivă
  – obezitatea afectează articulaţiile portante, coloana vertebrală, îngreunează procesul de recuperare

– imobilizarea unui segment
  – atrage după sine atrofii musculare, rigiditate articulară

– malformaţii congenitale

– la un pacient cu picior strâmb congenital – aplecarea spre spate în timpul mersului accentuează lordoza lombară.

● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome)

– *bursită* (inflamaţia bursei seroase)

– sindrom inflamator (durere locală, tumefacţie, căldură locală, roşeaţă)

– febră

– limitarea mişcării.

– *epicondilită şi tendinită* (inflamaţia tendoanelor)

– durere localizată, de obicei la cot, accentuată la apăsare sau la mişcarea de supinaţie şi pronaţie a mâinii

– edem al cotului.

– *osteomielită* (infecţie osteoarticulară produsă cu ocazia unor traumatisme deschise, intervenţii chirurgicale, plăgi prin arme de foc)

– durere la nivelul articulaţiei, exacerbată la apăsare sau mişcare; obligă pacientul să adopte poziţie antalgică

– febră ridicată

– frison

– puls accelerat

– tumefacţie – la început în zona articulaţiei apoi spre mijlocul segmentului lezat

– impotenţă funcţională

– slăbiciune, oboseală

– în osteomielita coloanei vertebrale starea generală a pacientului este grav alterată

– V.S.H. crescută

– leucocite crescute.

– *osteoporoza* (scăderea masei osoase)

– fragilitate osoasă

– fracturi frecvente

– dureri (frecvente la nivelul coloanei vertebrale)

– deformări osoase (cifoză, scolioză) prin tasarea sau deformarea vertebrelor

– calcemie scăzută, fosfatemie scăzută

– hipercalciurie.

– *osteopatia deformantă* (boala Paget – deformarea progresivă a oaselor – de etiologie neclarificată)

– dureri osoase (frecvent la oasele gambei, coloana vertebrală, bazin); de intensitate redusă (surdă)

– deformări osoase prin îngustarea spaţiilor medulare şi deformarea osului în exterior sau sub acţiunea greutăţii datorită scăderii rezistenţei oaselor

– căldură locală.

– *tuberculoza osoasă şi osteoarticulară* (infecţie cu bacilul Koch la nivelul unui os sau unei articulaţii)

– simptomele apar insidios

– fenomene generale: debilitate, scădere ponderală, oboseală, inapetenţă, subfebrilităţi, transpiraţii nocturne

a) – *osteoartrita tuberculoasă a coloanei vertebrale* („morbul lui Pott")

– durere locală în regiunea dorso-lombară; intensificată şi permanentă după apariţia deformărilor osoase; frecvent noaptea.

– contractură musculară pe părţile laterale ale vertebrelor afectate care duce la imobilizarea zonei în timpul mişcărilor active şi pasive

– deformări osoase (cifoză) la nivelul coloanei vertebrale

– modificări ale conformaţiei toracelui

– odată cu tasarea corpului vertebral, procesul tuberculos se extinde pe vertebra vecină şi pe ţesutul paravertebral sub forma unui infiltrat şi abces rece

– impotenţă funcţională

– paralizia membrelor inferioare (complicaţie a evoluţiei bolii).

b) – *osteoartrita tuberculoasă coxofemurală*

– durere intensă localizată în regiunea şoldului, iradiază uneori spre genunchi

– mers cu dificultate (şchiopătat) prin evitarea antrenării depline a articulaţiei

– atrofii musculare la nivelul fesei

– abces rece în zona fesieră.

– *ruptură musculară*

– durere intensă apărută brusc

– impotenţă funcţională

– hematom între capetele muşchiului ca urmare a lezării vaselor sanguine

– deformare la nivelul rupturii cu o depresiune în dreptul hematomului

– echimoză.

DE REŢINUT!

Culegerea datelor va include şi obţinerea informaţiilor referitoare la:

– modul de instalare a problemelor

– măsuri luate pentru atenuare

– eficienţa acestor măsuri

– efectul asupra dinamicii familiale şi sociale

Problemele pacientului	– *durerea* – este prezentă în majoritatea afecţiunilor aparatului locomotor – indiferent de intensitatea ei, durerea atenuează dorinţa pacientului de a desfăşura o activitate şi predispune astfel la complicaţii ale imobilităţii. – *disconfort* – din cauza durerii, imobilizării în aparat gipsat, unor poziţii terapeutice (extensie, tracţiune) sau deformărilor osoase. – *diminuarea mobilităţii fizice* – poate fi rezultatul durerii neameliorate, a neutilizării unor segmente anatomice, a rigidităţii articulare. – *deficit de autoîngrijire* – este consecinţa imobilizării segmentelor corpului, a deformărilor şi rigidităţii articulare, care împiedică efectuarea unor mişcări. – *potenţial de accidentare* – la pacienţii cu un segment anatomic imobilizat, la cei care nu utilizează mijloacele auxiliare în timpul deplasării sau efectuării unor activităţi. – *perturbarea imaginii de sine* – diminuarea funcţiei locomotorii (consecinţa multor tulburări osteo-musculare) atrage după sine scăderea capacităţii de efectuare a unor activităţi. În această situaţie, la mulţi pacienţi scade motivaţia de a face ceva, de a-şi satisface nevoile fiziologice fundamentale, de a accepta modificarea dinamicii familiale, schimbarea locului de muncă. – *perturbarea imaginii corporale* – la pacienţii cu deformări vizibile, cu amputaţii ale unui segment de corp – pierderea unui membru constituie o dramă psihologică, pacientul fiind în situaţia de a înfrunta pierderea locomotorie, invaliditatea pe viaţă, schimbare în activitatea socială. – reacţia pacientului la amputaţie depinde de vârstă, ocupaţie, circumstanţele în urma cărora suferă amputaţia, starea emoţională şi mentală, suportul psihic. – *potenţial de complicaţii* – la pacienţii imobilizaţi la pat, există riscul apariţiei complicaţiilor tegumentare, gastro-intestinale, cardio-respiratorii, renale. – *anxietate* – este prezentă la mulţi pacienţi şi este legată de iminenţa intervenţiei chirurgicale, accentuarea deformărilor, pierderea unui segment corporal, intensificarea durerii, scăderea capacităţii de efectuare a activităţilor cotidiene.

	NOTĂ: În cazul traumatismelor severe pacienţii pot avea şi probleme legate de răspunsul sistemic, în funcţie de organele afectate. Exemplu: – alterarea respiraţiei (pentru traumatism toracic) – alterarea perfuziei tisulare la nivel cerebral (traumatisme cranio-cerebrale) – alterarea senzorială (traumatisme vertebro-medulare).
Obiective	În stabilirea obiectivelor se va ţine cont de tipul şi stadiul afecţiunii şi ceilalţi factori care pot influenţa realizarea lor (vârsta, starea mentală, starea emoţională etc). În general obiectivele vor viza: – îmbunătăţirea poziţionării corpului în timpul activităţii (reeducare posturală) – minimalizarea efectelor imobilizării (organice şi psiho-sociale) – menţinerea tonusului muscular – creşterea toleranţei la efort – obţinerea independenţei în satisfacerea nevoilor şi îndeplinirea rolului social – prevenirea diminuării conceptului de sine (imagine de sine, imagine corporală).
Intervenţii	**PACIENŢI CU TRAUMATISME** a) *la locul accidentului* – asigurarea unui mediu securitar pentru pacient – anamneză (de la pacient dacă este conştient sau de la anturaj) pentru a afla circumstanţele traumatismului, ora, starea pacientului în momentul producerii traumatismului – efectuarea bilanţului lezional: – examinarea segmentului anatomic afectat – examinarea celorlalte regiuni în vederea decelării leziunilor asociate – aprecierea stării de conştienţă – aprecierea funcţiilor vitale – acordarea primului ajutor ţinând cont de elementele de gravitate care pun în pericol viaţa pacientului – în cazul unei părţi amputate, aceasta va fi recuperată imediat şi introdusă într-un recipient cu gheaţă. b) *pe timpul transportului* – poziţionare corectă a pacientului în mijlocul de transport – continuarea măsurilor de prim ajutor

– prevenirea şi combaterea unor complicaţii
– supravegherea pacientului:
  – starea de conştienţă
  – funcţiile vitale
  – culoarea tegumentelor
  – modificări apărute în starea pacientului
  – la indicaţia medicului instituirea unei perfuzii, recoltare de produse biologice, administrarea tratamentului medicamentos
– suport psihic al pacientului şi familiei.

c) *în spital*

– intervenţiile sunt diferenţiate în funcţie de tipul traumatismului şi de starea pacientului.

NOTĂ:

Conduita de urgenţă şi conduita în spital pentru pacienţii cu traumatisme este detaliată în „Urgenţe medico-chirurgicale" – Lucreţia Titircă.

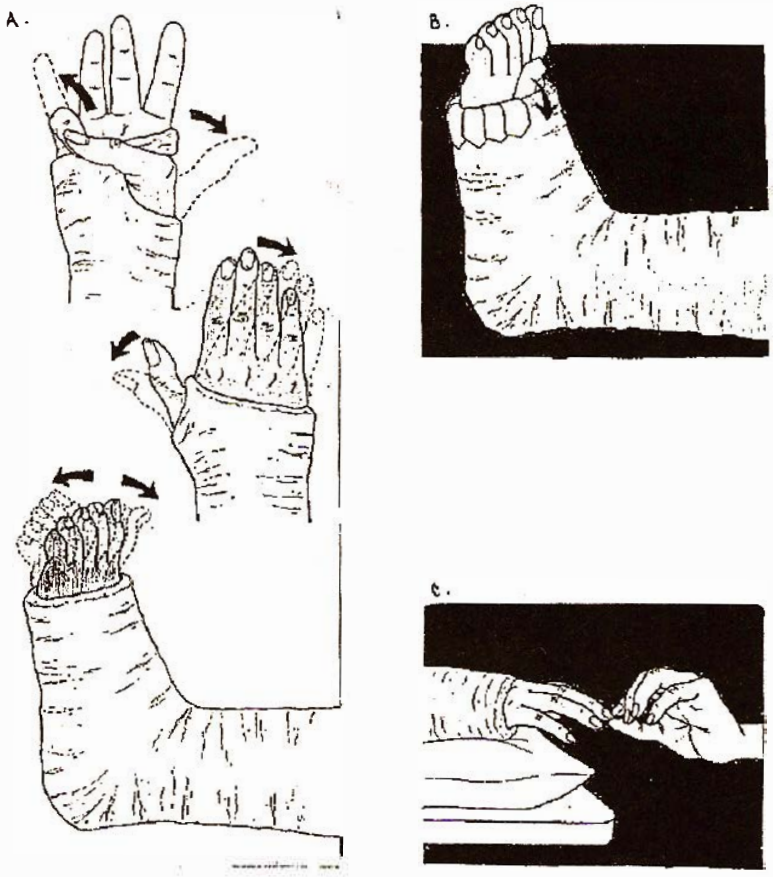


Fig. 8 – *Intervenţii pentru pacienţii imobilizaţi în aparat gipsat*
A, C – verificarea mobilităţii segmentului membrului imobilizat;
B – protejarea tegumentului din jurul aparatului gipsat

– urmărirea mişcărilor şi segmentelor distale (degetele membrelor inferioare şi superioare) **Fig. 8**
– observarea culorii tegumentelor din jurul aparatului gipsat (cianoză, paloare)
– sesizarea medicului în cazul în care pacientul acuză furnicături, amorţeli, presiune la nivelul membrului afectat
– sesizarea oricărui miros emanat de la nivelul aparatului gipsat (mirosul fetid denotă prezenţa escarei de decubit sau infecţia plăgii)
– observarea schimbării culorii aparatului gipsat la nivelul plăgii (sânge, secreţii purulente)
– aşezarea obiectelor de strictă necesitate lângă patul pacientului şi înlăturarea obstacolelor
– ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale
– aplicarea măsurilor de combatere a efectelor imobilizării la pat
– educaţia pacientului:
  – modul de folosire a mijloacelor auxiliare pentru schimbarea poziţiei şi deplasare; verificarea înţelegerii recomandărilor făcute **Fig. 9,10**

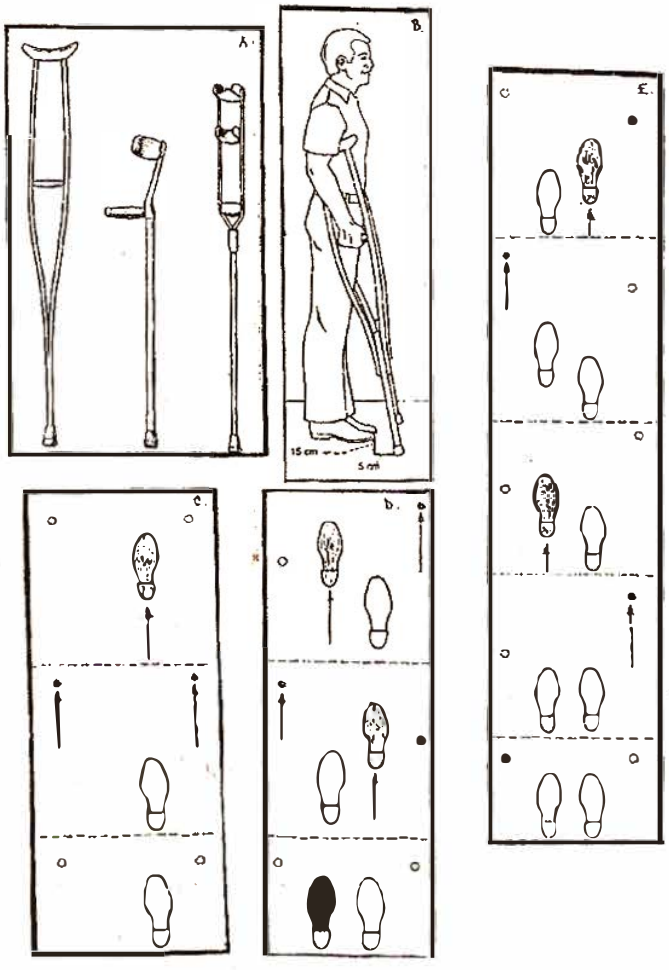


Fig. 9 – *Deplasarea cu cârjele*
A – tipuri de cârje; B – fixarea cârjelor; C – deplasare cu cârja în 3 puncte de sprijin; D – mers alternativ cu 2 puncte de sprijin; E – mers alternativ cu 4 puncte de sprijin

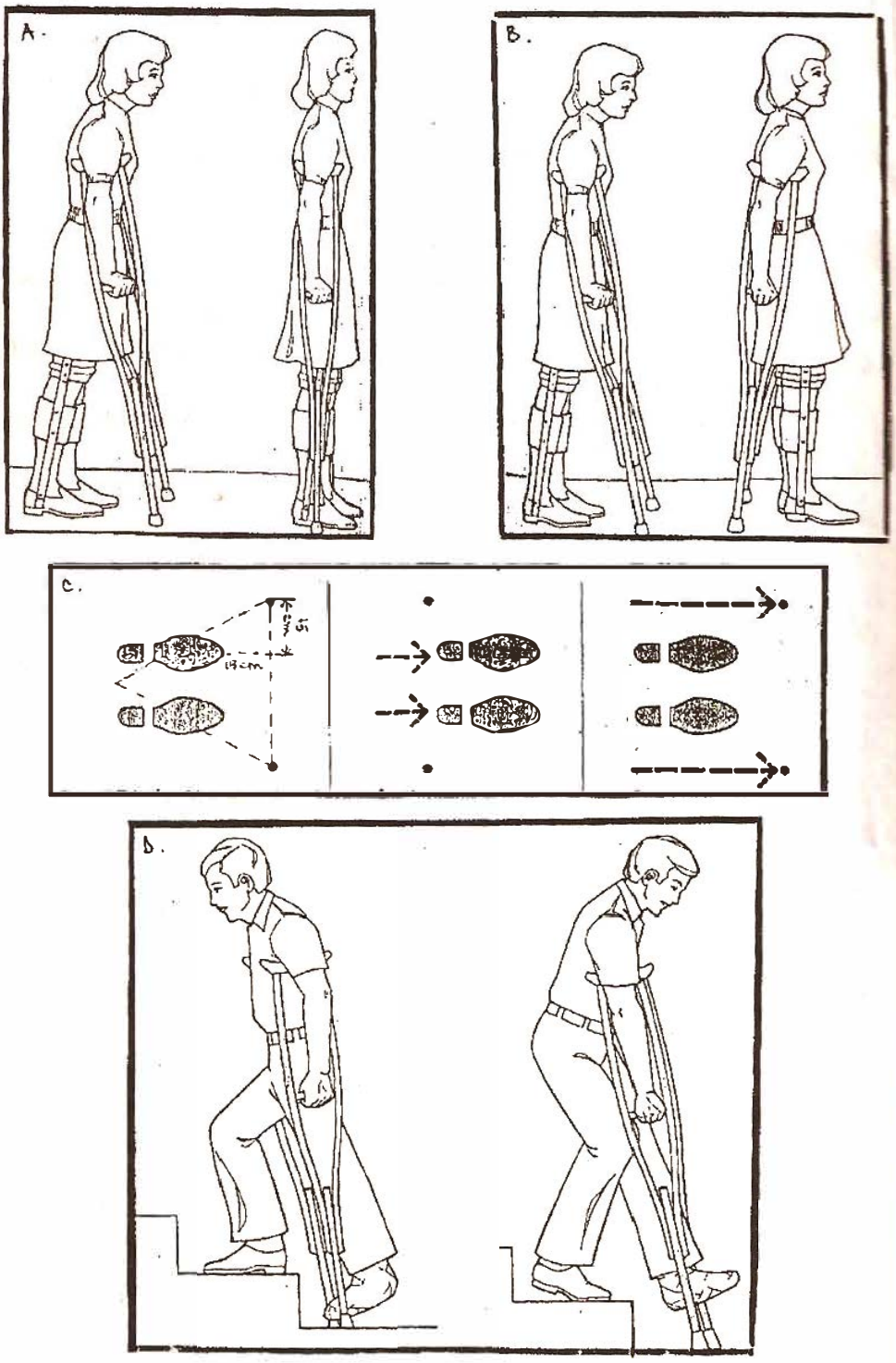


Fig. 10 – *Deplasarea cu cârjele*
A, B, C – deplasare prin pendularea membrelor; D – deplasare pe scări

– necesitatea folosirii mecanismelor auxiliare (cârjă, baston) în deplasare pentru protejarea membrului lezat, în timpul consolidării **Fig. 11**

– modul de efectuare a unor mișcări fără a prejudicia procesul de vindecare

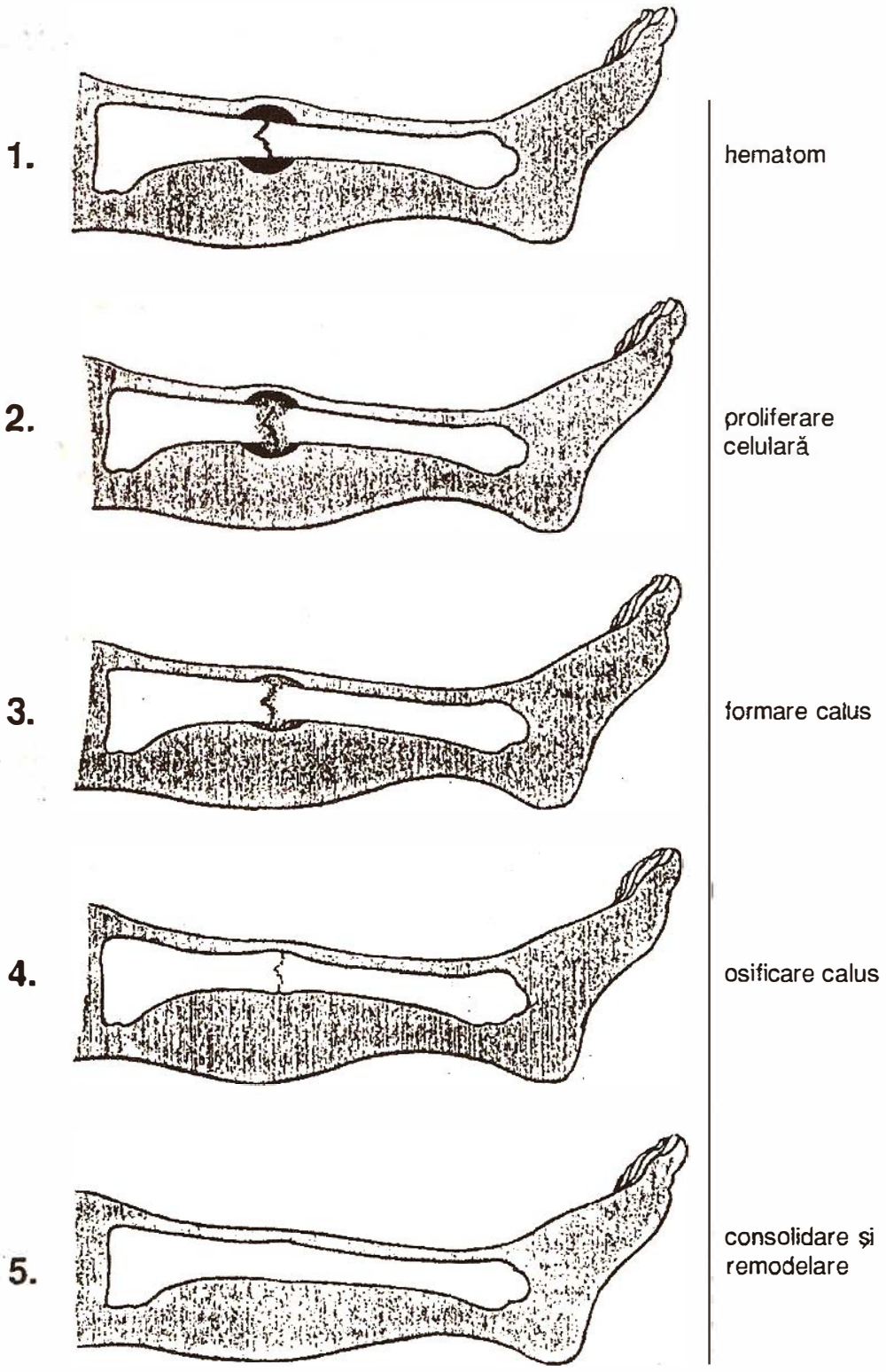


Fig. 11 – ***Perioade de consolidare a calusului***

– consecinţele sprijinirii precoce pe membru afectat

– necesitatea respectării repausului la pat şi a indicaţiilor medicului

– exerciţii în perioada de recuperare.

PACIENŢI CU EXTENSIE. TRACŢIUNE

– verificarea frecventă a dispozitivului de tracţiune (cablurile să treacă prin mijlocul rolelor scripetelui; greutăţile să atârne liber; cadrul şi barele patului să nu stânjenească aparatul) **Fig. 12**

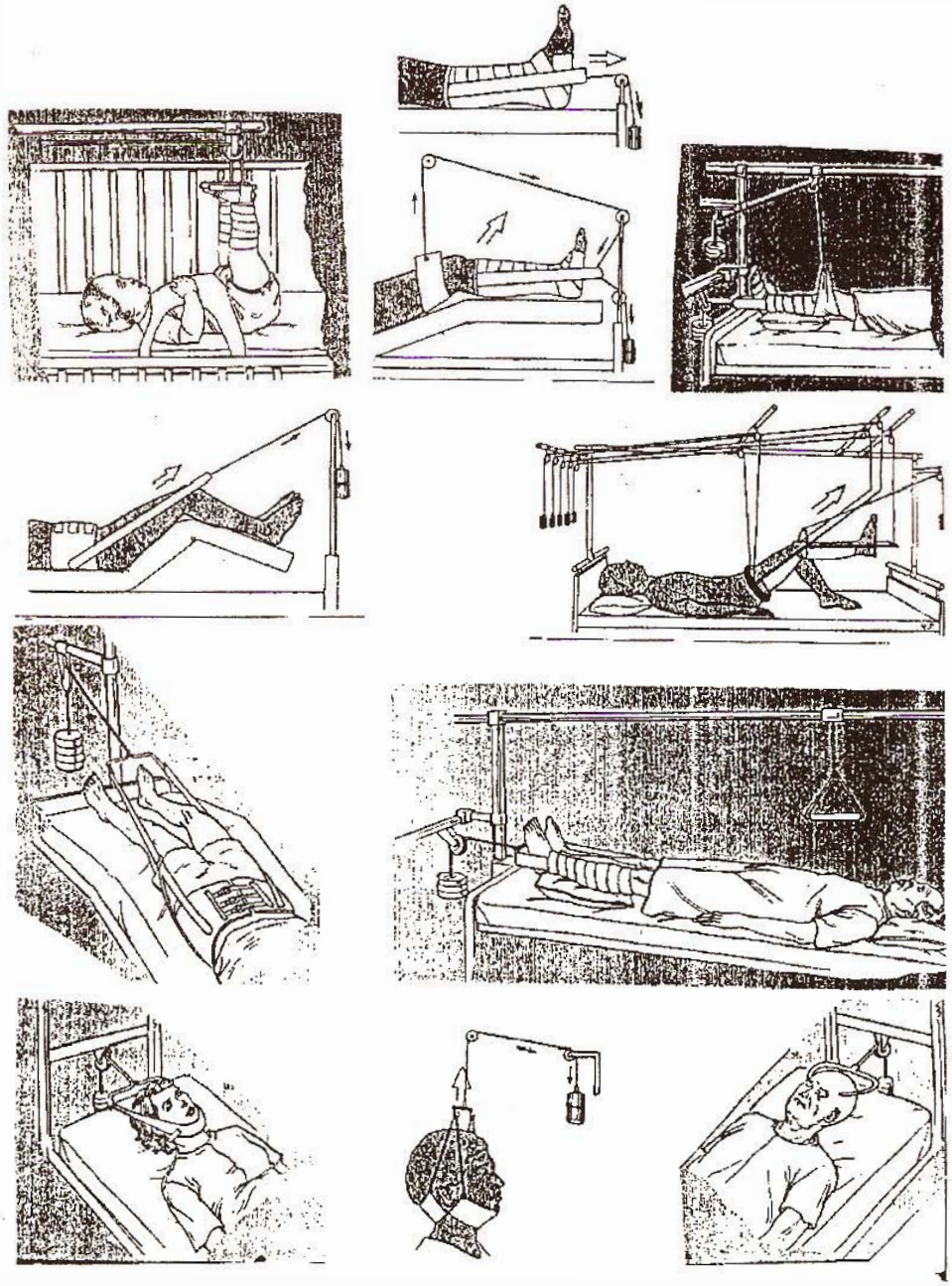


Fig. 12 – *Tipuri de tracţiune*

– verificarea poziţiei membrelor în funcţie de tracţiune
– plasarea unei pături făcute sul sub membrul afectat
– plasarea unei perne pentru a împiedica alunecarea
– urmărirea culorii şi temperaturii membrelor, sesizarea oricăror modificări apărute

– aplicarea măsurilor de prevenire a complicaţiilor imobilizării
– ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale
– suport psihic:
  – încurajarea pacientului
  – îndepărtarea sentimentului de neputinţă
– educaţia pacientului:
  – necesitatea tracţiunii pentru vindecarea membrului afectat
  – modul de realizare a amplitudinii mişcărilor permise
  – poziţionarea corectă a corpului în timpul tracţiunii.

PACIENŢI CU AMPUTAŢIE

– suport psihic al pacientului şi familiei
  – încurajarea pacientului să-şi privească bontul
  – mod de abordare a implicaţiilor psiho-sociale a amputaţiei
  – existenta posibilităţii de protezare
  – existenţa fenomenului de „membru fantomă" care poate fi ignorat în cazul protezării
– educarea pacientului:
  – mod de pansare a bontului Fig. 13
  – prevenirea contracturilor prin poziţionarea corectă a segmentului.

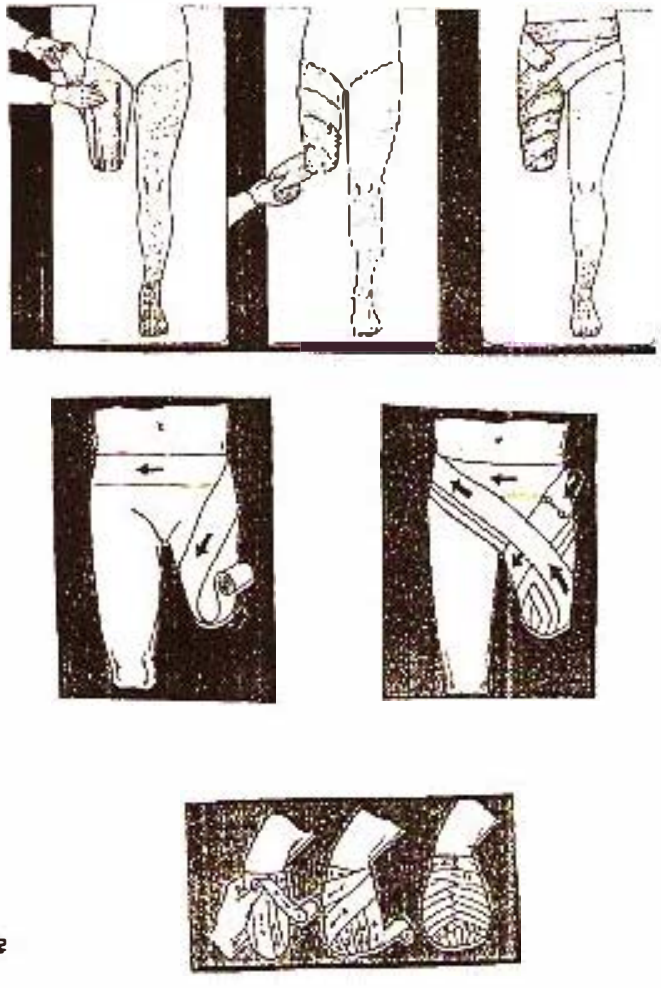


Fig. 13 – *Pansarea segmentelor amputate*

PACIENȚI CU RUPTURĂ MUSCULARĂ

– imobilizarea regiunii în poziție relaxantă, pentru rupturile incomplete
– îngrijiri pre- și postoperatorii la pacienții cu ruptură completă, care necesită tratament chirurgical
– administrarea tratamentului simptomatic prescris de medic.

PACIENȚI CU OSTEOPOROZĂ

– administrarea tratamentului medicamentos prescris de medic
– educația pacientului:
  – să efectueze zilnic mișcare (mers pe jos)
  – să doarmă pe un plan dur, cu o pernă subțire sub cap
  – alimentație echilibrată bogată în calciu, vitamine

PACIENȚI CU TBC OSTEOARTICULAR

– îngrijiri pre- și postoperatorii la pacienții cu intervenție chirurgicală (se practică, de obicei, la tineri și în cazul abceselor „reci") Fig. 14 (A, B)

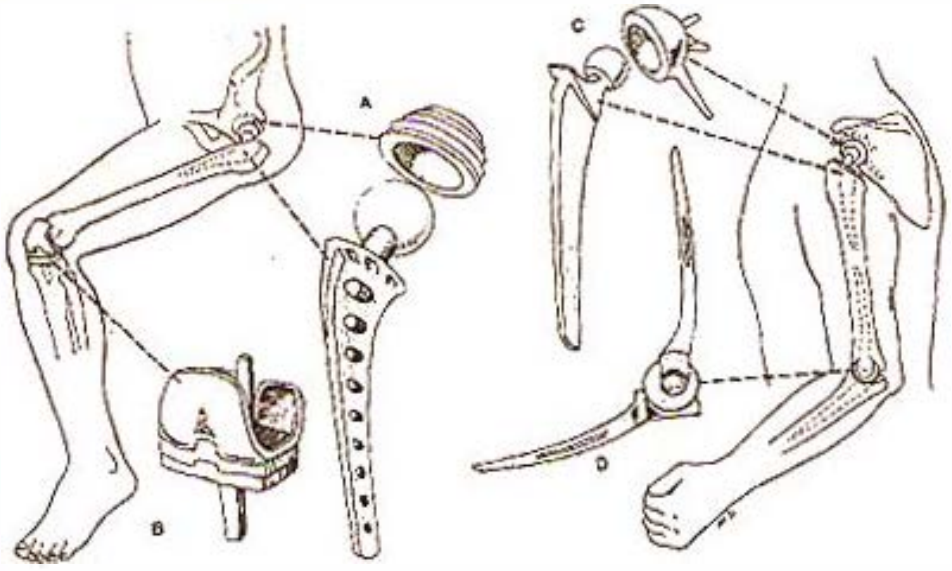


Fig. 14 – *Artroplastie*

– îngrijiri specifice la pacientul imobilizat în aparat gipsat (tratamentul frecvent utilizat)
– administrarea tratamentului medicamentos (tuberculostatice, analgezice etc.)
– respectarea măsurilor de asepsie, în efectuarea tehnicilor
– alimentație echilibrată, vitamine
– îngrijirea riguroasă a tegumentelor

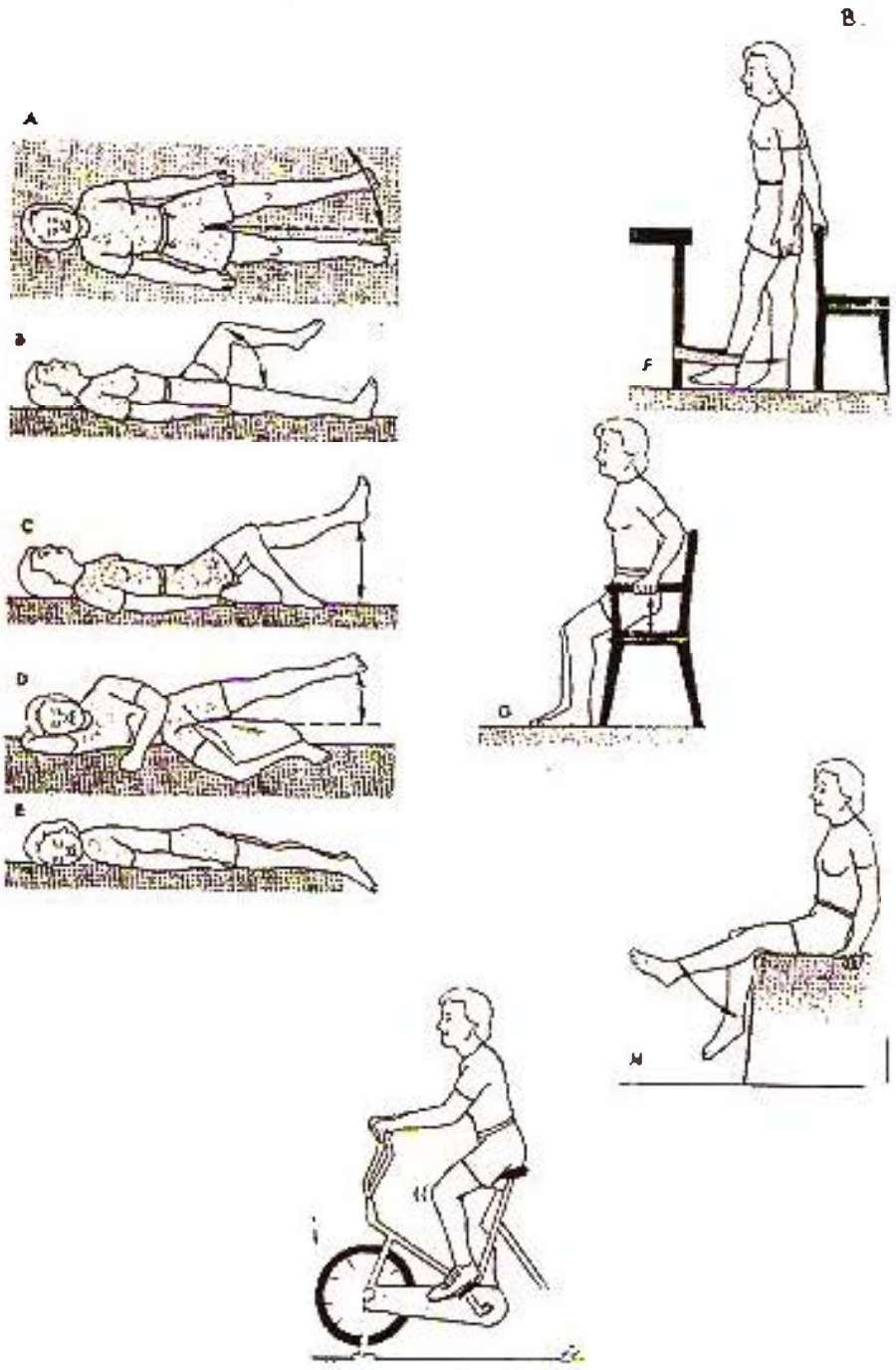


Fig. 14 (A, B) – *Exerciţii după artroplastie de şold*

– efectuarea mişcărilor pasive pentru prevenirea atrofiilor musculare **Fig. 15 (A, B)**
– poziţionare corectă în pat
– aplicarea măsurilor de prevenire a efectelor imobilizării

PACIENŢI CU OSTEOPATIE DEFORMANTĂ

– tratament simptomatic în vederea alinării suferinţelor şi a tulburărilor organice ce apar în cursul evoluţiei bolii (tulburări respiratorii, cardiace, renale)

– încurajarea pacientului să efectueze exerciţii pentru prevenirea atrofiilor musculare şi a rigidităţii articulare
– educaţia pacientului:
  – precauţii în timpul mişcării pentru evitarea fracturilor
  – necesitatea menţinerii independenţei şi a rolului social

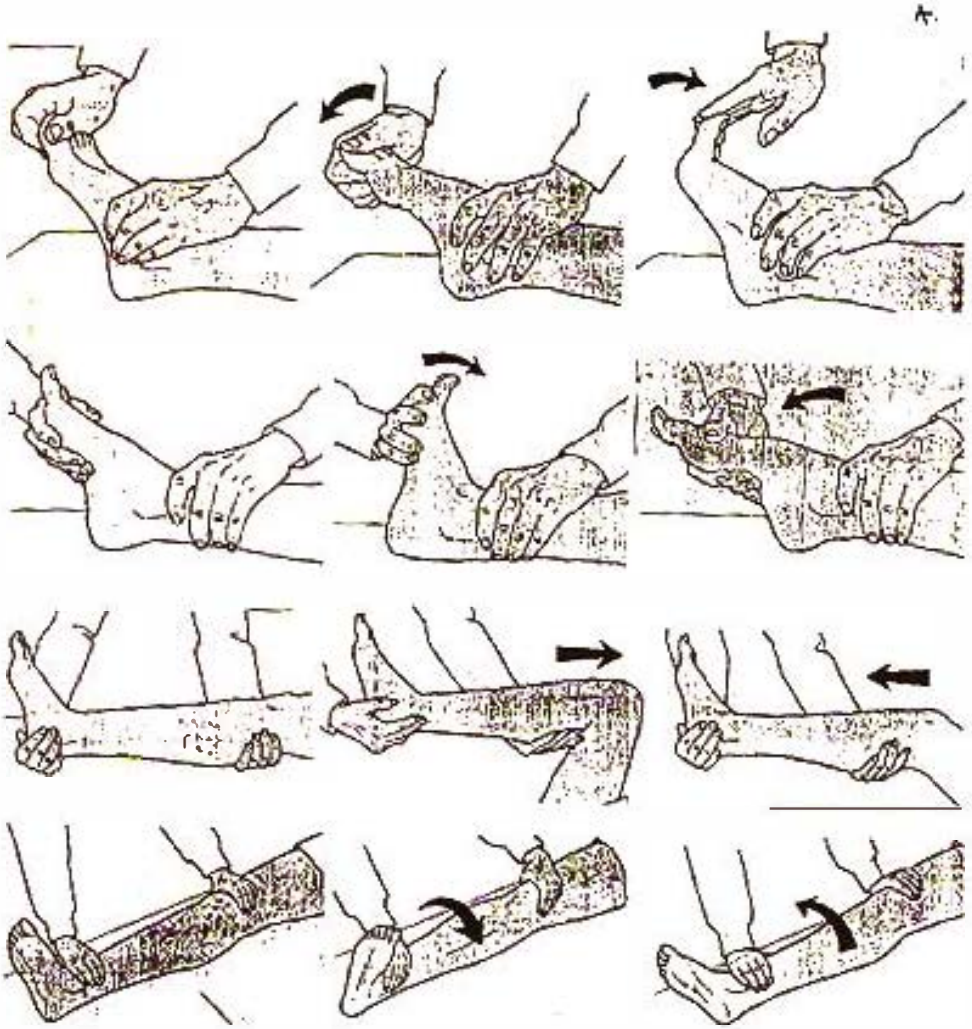
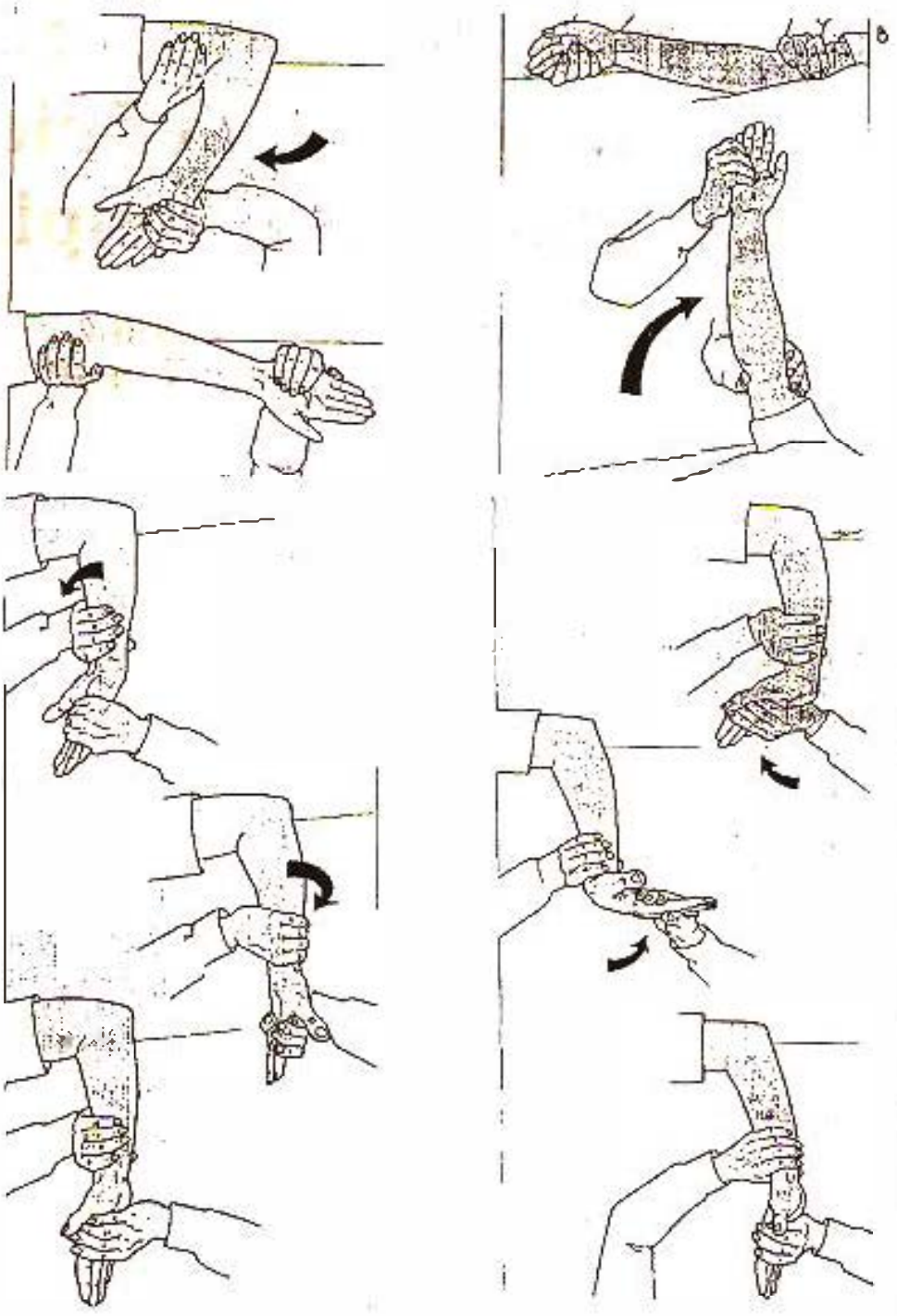


Fig. 15 – *Mişcări pasive pentru pacientul imobilizat*
A – membrul inferior

TENDINITA

– repausul regiunii
– infiltraţii locale
– tratament simptomatic (pentru ameliorarea durerii şi a inflamaţiei)
– observarea apariţiei unor semne legate de limitarea mişcării
– educaţia pacientului:
  – evitarea activităţilor care cauzează exacerbarea procesului inflamator timp de 4–6 săptămâni.



8 – membrul superior

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului respirator

NOŢIUNI DE ANATOMIA ŞI FIZIOLOGIA APARATULUI RESPIRATOR

Aparatul respirator este format din:

– căi extrapulmonare: cavitatea nazală, faringe, laringe, traheee, bronhii
– plămâni: drept şi stâng

Structura plămânului:

– căi aeriene intrapulmonare (arbore bronşic)
– parenchim pulmonar
– reţea sanguină şi limfatică
– reţea nervoasă Fig. 16

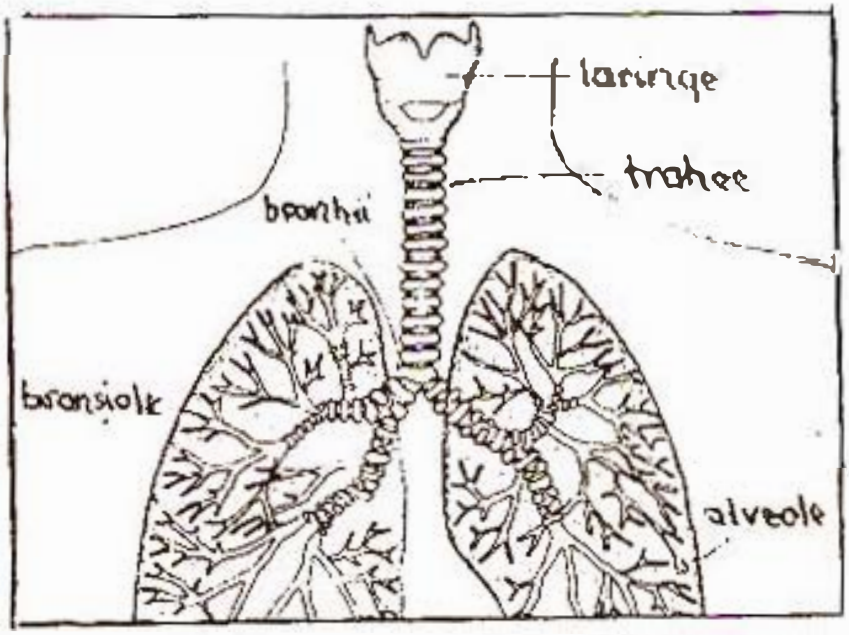


Fig. 15 – *Structura aparatului respirator*

La exterior plămânul este învelit într-o membrană seroasă numită pleură.

Respiraţia este funcţia prin care organismul ia din mediul extern oxigenul şi elimină bioxidul de carbon. Fig. 17

Etapele respiraţiei:

– etapa pulmonară
– etapa sanguină

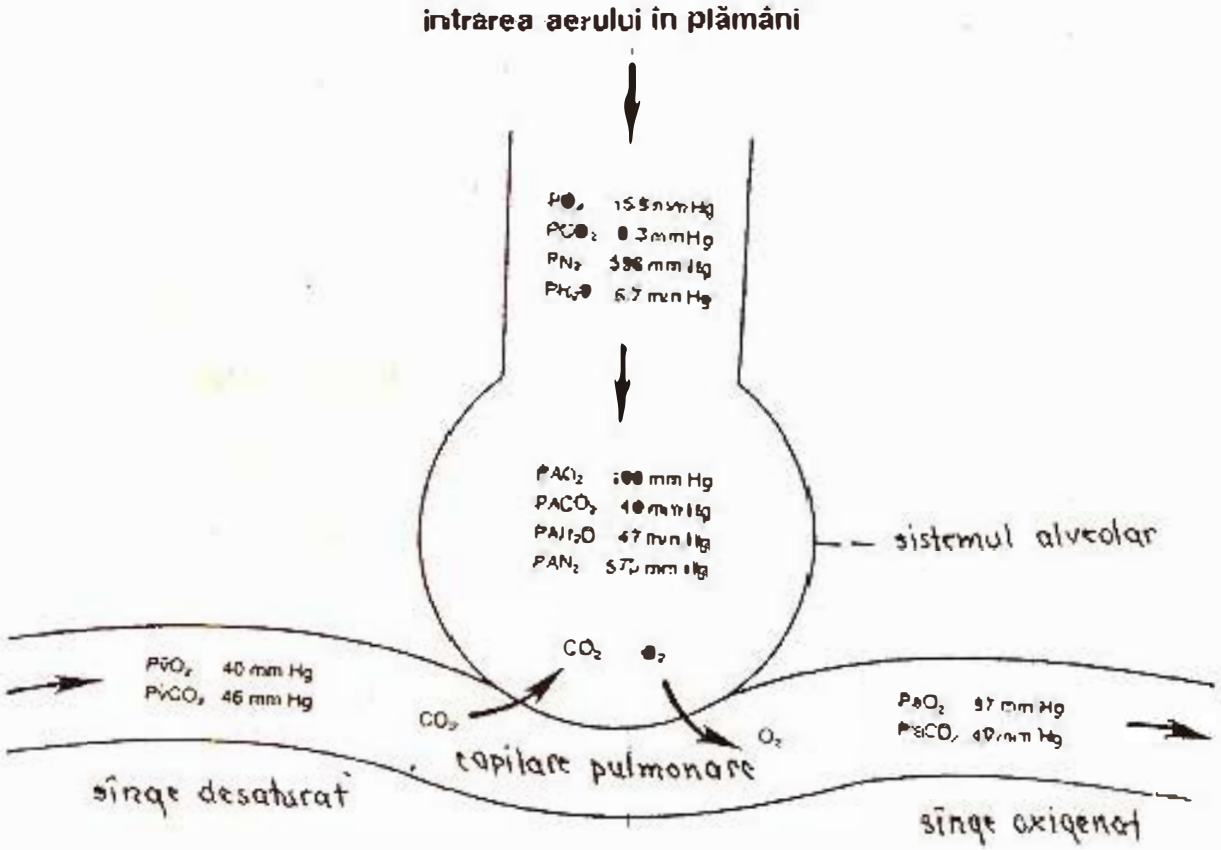


Fig. 17 – *Presiunea gazelor în timpul respirației normale*

– etapa circulatorie
– etapa tisulară

Organe care asigură respirația:
– scheletul cutiei toracice
– mușchii cutiei toracice
– diafragmul

Mișcările respiratorii:
– inspirația
– expirația

Ventilația pulmonară:
– reprezintă circulația aerului prin căile respiratorii și plămâni (inspirație și expirație)
– depinde de frecvența mișcărilor respiratorii.

Capacitatea vitală (C.V.) reprezintă:
– volumul maxim de aer care poate fi eliminat din plămâni printr-o expirație maximă după o inspirație maximă (profundă). C.V. reprezintă suma a trei volume: volum de aer curent (V.C.), volumul de rezervă inspirator (V.R.I.) și volumul de rezervă expirator (V.R.E.) – (vezi „Spirograma" – Breviar de Lucrețiа Titircă).

Volumul rezidual (V.R.) reprezintă:
– aerul care umple alveolele și care nu poate fi eliminat nici după o expirație forțată.

Capacitatea pulmonară totală (C.P.T.) reprezintă:
– capacitatea vitală (C.V.) împreună cu volumul rezidual (V.R.)

EDUCAŢIA PACIENTULUI PENTRU PREVENIREA AFECŢIUNILOR RESPIRATORII

– menţinerea unei bune poziţii a corpului
  – poziţia încovoiată împiedică ventilaţia pulmonară
– practicarea exerciţiilor fizice, a sportului
  – înotul este un mijloc eficient de reglare a respiraţiei
– tratamentul deformărilor musculo-scheletice din regiunea toracică (şcolioza)
– evitarea fumatului
  – nicotina provoacă vasoconstricţie a vaselor coronariene şi periferice
– evitarea consumului de alcool şi droguri
  – acestea inhibă centrii respiratori
– evitarea mediului poluat
  –alergenii, fumul, substanţele toxice sunt iritante pentru mucoasa căilor respiratorii
– evitarea respiratului pe gură în anotimpul rece şi umed
– evitarea contactului cu persoane care prezintă afecţiuni respiratorii
– evitarea aglomerărilor în epidemiile virale
– tratamentul precoce al afecţiunilor căilor respiratorii superioare
– tratamentul afecţiunilor care au răsunet şi asupra aparatului respirator:
  – anemie
  – insuficientă cardiacă
  – infecţii
– combaterea obezităţii
  – obezitatea duce la reducerea expansiunii cutiei toracice; obezii sunt receptivi la infecţii respiratorii deoarece plămânii nu se dilată în întregime şi secreţiile nu sunt mobilizate; în caz de imobilizare la pat prezintă risc crescut de pneumonie hipostatică.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A APARATULUI RESPIRATOR

Examen fizic
– inspecţie: aspectul toracelui, mişcările celor două hemitorace, tipul respiraţiei, culoarea tegumentelor, tiraj, bătăi ale aripilor nazale.
– percuţie: sonoritate sau matitate pulmonară
– auscultaţie: murmur vezicular sau raluri, frecături pleurale
Examinări radiologice
– radiografie toracică
– radioscopie toracică
– angiografie pulmonară
– bronhografie
– tomografie
Examinări endoscopice
– bronhoscopia
– pleuroscopia
Examinări cu izotopi radioactivi
– scintigrafia pulmonară

Explorări funcţionale
– spirometria
– spirografia
– spiroergografia
– analiza gazelor
– teste farmacodinamice
  – testul bronhoconstrictor
  – testul bronhodilatator
Teste cutanate
– I.D.R. la P.P.D.
Examinări de laborator
– spută: macroscopic, bacteriologic, citologic, test cantitativ pe 24 ore
– lichid pleural
– sânge
– urină

SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE ÎN AFECŢIUNI ALE APARATULUI RESPIRATOR

durere toracică	– diferă ca localizare, intensitate şi mod de apariţie în funcţie de: – regiunea afectată (schelet toracic, pleură, parenchim pulmonar) – întinderea leziunilor – nu exprimă întotdeauna o afecţiune la nivelul aparatului respirator – creează disconfort, perturbă somnul pacientului, limtează mişcările.
tuse	– poate fi uscată sau umedă – este un simptom dominant în unele afecţiuni respiratorii – diferă ca frecvenţă, mod de apariţie (matinală, vesperală, în anumite poziţii) – poate duce la epuizarea pacientului şi la perturbarea somnului – în unele situaţii e necesară provocarea tusei pentru facilitarea eliminării secreţiilor
expectoraţie	– prezintă caracteristici diferite – examenul macroscopic şi de laborator oferă informaţii referitoare la diagnostic şi eticlogie – reprezintă un produs patologic periculos pentru propagarea infecţiei Fig. 18
dispnee	– este consecinţa: – scăderii aportului de O_2 – creşterii CO_2

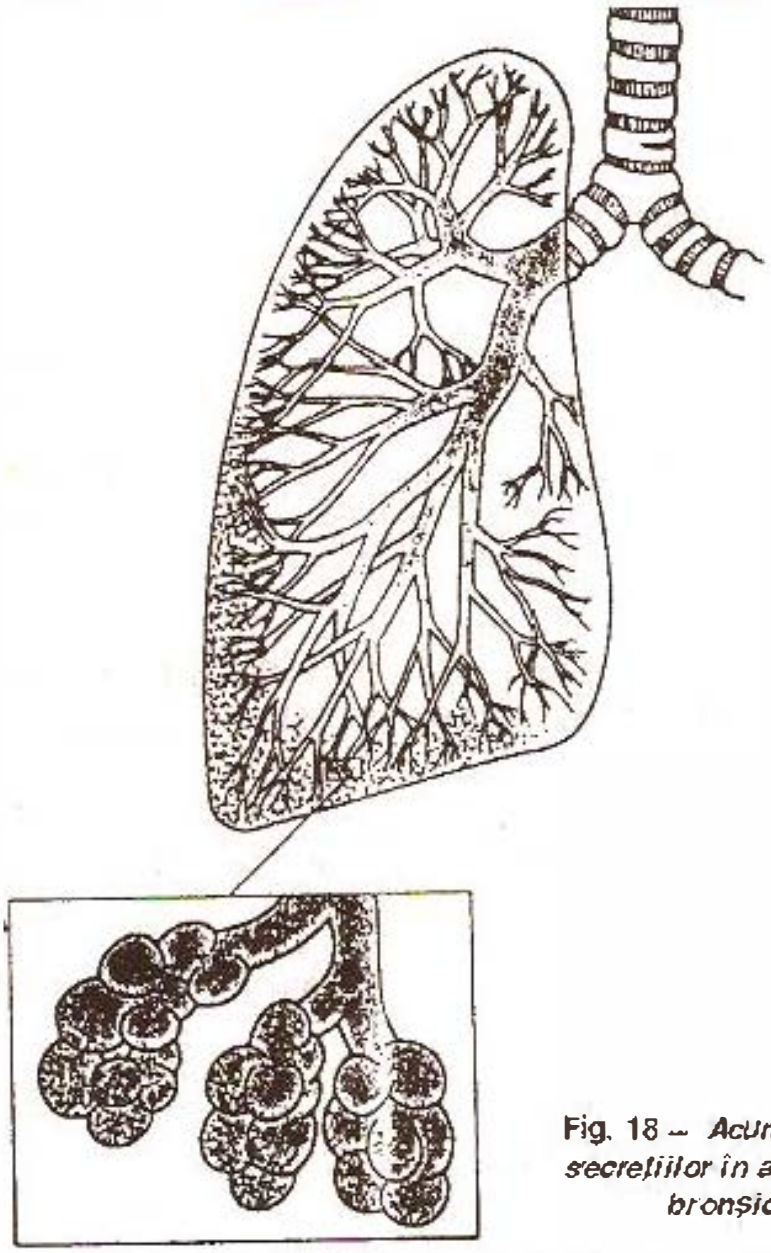


Fig. 18 – *Acumularea secreţiilor în arborele bronşic*

– comprimării organelor mediastinale (trahee, bronhii)
– obstrucţiei căilor respiratorii

– diferă în funcţie de:
– timpul respirator afectat
– ritmul respiraţiei
– circumstante de apariţie (efort, repaus)

– frecvent sugerează o afecţiune respiratorie

– poate fi însoţită de:
– tiraj
– cornaj
–wheezing
– bătăi ale aripilor nazale (la copii în special)
– turgescenta jugularelor

– determină anxietatea pacientului, intoleranţă la efort, ortopnee

vomica	– poate fi unică sau fracţională (a nu se confunda cu sputa purulentă)
hemoptizie	– este dominantă în unele afecţiuni respiratorii
sughiţ	– apare prin iritarea nervului frenic (pleurezii, tumori pulmonare)
	DE PRECIZAT: În afecţiunile respiratorii pot apărea manifestări clinice legate de: – scăderea aportului de O_2 – cianoză – tahicardie – H.T.A. – confuzie – delir – comă – creşterea CO_2 în sânge – transpiraţii abundente – cefalee – agitaţie – acidoză – prezenţa unui proces infecţios – frison – febră

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INSUFICIENŢĂ RESPIRATORIE ACUTĂ

Insuficienţa respiratorie acută se caracterizează prin imposibilitatea plămânilor de a asigura oxigenarea sângelui şi eliminarea CO_2.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – obstrucţia căilor respiratorii superioare – bronhoalveolite de deglutiţie – alterarea funcţiei centrului respirator – procese pulmonare şi pleurale ● *manifestări de dependenţă* – dispnee – cianoză – modificarea amplitudinii mişcărilor respiratorii – tahicardie – durere toracică – transpiraţii abundente

	– anxietate – confuzie, delir
Problemele pacientului	– alterarea respiraţiei – diminuarea schimburilor gazoase – diminuarea perfuziei tisulare – potenţial de complicaţii
Obiective	Vizează: – permeabilizarea căilor respiratorii – favorizarea ventilaţiei pulmonare – combaterea stării de hipoxie – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– dezobstruarea căilor respiratorii în funcţie de locul obstrucţiei: supraglotic, subglotic – respiraţia artificială – administrarea O_2 – administrarea medicamentelor prescrise: – bronhodilatatoare – mucolitice – expectorante – corticoizi – antibiotice – asigurarea poziţiei care facilitează expansiunea pulmonară – aerisirea salonului – asigurarea unui microclimat corespunzător (temperatură, umiditale) – măsurarea funcţiilor vitale – observarea semnelor şi simptomelor unor complicaţii – liniştirea pacientului în timpul crizelor de dispnee – ajutarea pacientului pentru satisfacerea nevoilor fundamentate – educaţia pacientului: – necesitatea eliminării secreţiilor – exerciţii respiratorii – reluarea treptată a activităţii cotidiene în functie de toleranta la efort.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ASTM BRONŞIC

Astmul bronşic se caracterizează, din punct de vedere clinic prin accese de dispnee paroxistică expiratorie provocate de obstrucţia bronhiilor prin bronhospasm.

Culegerea datelor	● *circumstanţele de apariţie a crizei de astm bronşic* – contact cu alergeni (astm extrinsec)

	– infecţii (astm intrinsec) ● *factori favorizanţi* – expunere la frig, ceaţă, umezeală, trecerea bruscă de la aer cald la aer rece, emoţii ● *manifestări de dependenţă* a) *Criza de astm bronşic* – uneori, stare prodromală: rinoree, strănut, tuse uscată – dispnee cu caracter expirator – anxietate – tuse cu expectoraţie – transpiraţii – bradicardie – poziţia pacientului: ortopnee b) *Starea de rău astmatic* – polipnee, cu expiraţie prelungită – tiraj – cianoză – transpiraţii abundente – imposibilitatea de a vorbi – hipertensiune arterială – tahicardie ● *examene paraclinice* – eozinofilie în spută şi sânge – teste cutanate pozitive (în astmul extrinsec) – capacitate pulmonară totală crescută, volum rezidual crescut, V.E.M.S. scăzut
Problemele pacientului	– alterarea respiraţiei – anxietate – deficit de autoîngrijire – alterarea somnului – disconfort – alterarea comunicării
Obiective	Vizează: – combaterea crizei de astm bronşic – ameliorarea reacţiei inflamatorii bronşice – prevenirea complicaţiilor – ameliorarea toleranţei la efort
Intervenţii	– aplicarea măsurilor de urgenţă pentru combaterea crizei de astm bronşic (detaliate în „Urgenţe medicochirurgicale" de Lucreţia Titircă) – internarea pacientului cu stare de „rău astmatic" – menţinerea pacientului în poziţie care să faciliteze respiraţia (şezând)

	– identificarea factorilor care contribuie la exacerbarea manifestărilor clinice (factori din mediul imediat înconjurător) şi îndepărtarea lor (scuturarea păturilor, a saltelelor, folosirea pernelor din burete) – ajutarea pacientului pentru satisfacerea nevoilor fundamentale – suport psihic al pacientului – administrarea tratamentului medicamentos prescris (bronhodilatatoare, corticoizi, antihistaminice, antibiotice) şi observarea unor efecte secundare, cum ar fi: tahicardie, aritmie, greaţă, vărsături – măsurarea funcţiilor vitale – în starea de „rău astmatic" monitorizarea: – funcţiilor vitale – la 15 minute – $PaCO_2$, PaO_2, pH sanguin – la 1 oră – electroliţi Na, K – la 8 ore – hidratare corespunzătoare pentru fluidificarea secreţiilor – educaţia pacientului: – modul de administrare al tratamentului la domiciliu, efectele secundare ale acestuia şi regim alimentar în timpul tratamentului cu cortizon – măsuri de prevenire a crizelor de astm bronşic (evitarea efortului fizic, a factorilor emoţionali) – importanta consumului de lichide – modul de întreţinere şi utilizare a aparatului de aerosoli la domiciliu – necesitatea curelor climaterice, în special în saline – regim de viaţă echilibrată, gimnastică respiratorie – toaleta cavităţii bucale după expectoraţie

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PNEUMONIE BACTERIANĂ ACUTĂ

Pneumonia bacteriană acută este un proces inflamator de natură infecţioasă, la nivelul parenchimului pulmonar. Germenii frecvent incriminaţi sunt: pneumococul, stafilococul, streptococul.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – contaminare hematogenă cu punct de plecare infecţii în organism (O.R.L. tegumentare) – complicaţii în cursul unei boli (septicemie) – secundare unor manevre chirurgicale (traheostomie) – infecţii nozocomiale ● *factori favorizanţi* – vârsta: copiii şi vârstnicii sunt mai receptivi

	– frigul, umezeala, efortul fizic intens, factorii poluanţi – afecţiuni care scad rezistenţa la infecţii: diabet zaharat, alcoolism, I.R.A., insuficienţă hepatică, SIDA ● *manifestări de dependenţă* a) *pneumonia pneumococică* – debut brusc – frison – febră (în „platou") – polipnee – junghi toracic – tuse, la început uscată, apoi cu expectoraţie (galben-ruginie, vâscoasă) – tahicardie – frecvent herpes labial b) *pneumonia streptococică* – debut insidios – frisoane – febră – dispnee cu cianoză – stare generală alterată c) *pneumonia stafilococică* – debut insidios – frisoane – febră (remitentă) – stare generală alterată – dispnee cu cianoză ● *examinări paraclinice* – A.S.L.O. crescută (pneumonia streptococică) – radiografie toracică – leucocitoză cu neutrofilie şi V.S.H. crescută (pneumonia pneumococică) – examen spută: pneumococi, streptococi
Problemele pacientului	– alterarea respiraţiei – obstrucţia căilor respiratorii – potenţial de deshidratare – disconfort – potenţial de complicaţii
Obiective	Vizează: – combaterea infecţiei – eliberarea căilor respiratorii – îmbunătăţirea respiraţiei – prevenirea complicaţiilor

Intervenţii	– în perioadele febrile asigurarea repausului la pat, poziţie şezând – aerisirea încăperii – administrare de oxigen – umidificarea aerului – alimentaţie lichidă şi semilichidă în perioadele febrile, cu aport caloric corespunzător necesităţilor; treptat se trece la o alimentaţie normală – asigurarea unei cantităţi suplimentare de lichide având în vedere pierderile prin febră, polipnee, transpiraţii – igiena tegumentelor şi mucoaselor, în special a cavităţii bucale – ajutarea pacientului să adopte poziţii care facilitează expectorarea – încurajarea pacientului să efectueze mişcări active pentru menţinerea tonusului muscular – ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale şi încurajarea lui să participe la îngrijiri prin creşterea graduală a activităţii în funcţie de toleranţă – măsurarea funcţiilor vitale – recoltarea de produse biologice şi patologice pentru examinări de laborator – administrarea tratamentului medicamentos prescris: – tratament etiologic – tratament simptomatic – tratamentul complicaţiilor – educaţia pacientului: – semnele de recunoaştere a eventualelor complicaţii (febră după administrarea antibioticelor, scăderea toleranţei la efort, intensificarea durerii toracice, modificări ale sputei) – necesitatea consumului de lichide pentru fluidificarea secreţiilor – alterarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus – efectuarea exerciţiilor respiratorii – toaleta cavităţii bucale după expectorare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU BRONŞIECTAZIE

Bronşiectazia este o afecţiune caracterizată prin dilatarea şi deformarea bronhiilor, manifestată clinic prin hemoptizii şi tuse cu expectoraţie purulentă.

Evoluţia este cronică cu perioade de acutizare şi remisie.

Colectarea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – infecţii pulmonare repetate – obstrucţii bronşice – congenitală

	● *factori favorizanți ai acutizării* – frig – umezeală – expunere la pulberi și substanțe iritante ● *manifestări de dependență* – tuse la început uscată, apoi cu expectorație, frecvent dimineața – hemoptizie – dispnee – dureri toracice – febră moderată – anorexie în cazurile când pacienții înghit sputa purulentă ● *examinări paraclinice* – bronhoscopie – radiografie toracică – tomografie – bronhografia cu lipiodol (examen de certitudine) – examenul sputei
Problemele pacientului	– obstrucția căilor respiratorii – diminuarea schimburilor gazoase – potențial de alterare a nutriției
Obiective	Vizează: – combaterea infecției – dezobstruarea căilor respiratorii – îmbunătățirea ventilației pulmonare – prevenirea complicațiilor
Intervenții	– asigurarea repausului la pat în perioada de acutizare – administrarea de lichide pentru fluidificarea secrețiilor – aplicarea măsurilor de mobilizare a secrețiilor: – drenaj postural – tapotament **Fig. 19** – măsuri de combatere a hemoptiziei (vezi „Urgențe medico-chirurgicale" de Lucreția Titircă) – învățarea pacientului să expectoreze în scuipător – administrarea tratamentului medicamentos – educația pacientului: – evitarea factorilor favorizanți acutizării – efectul benefic al curelor balneoclimaterice (Pucioasa, Govora, Călimănești) – importanța asanării focarelor de infecție din organism

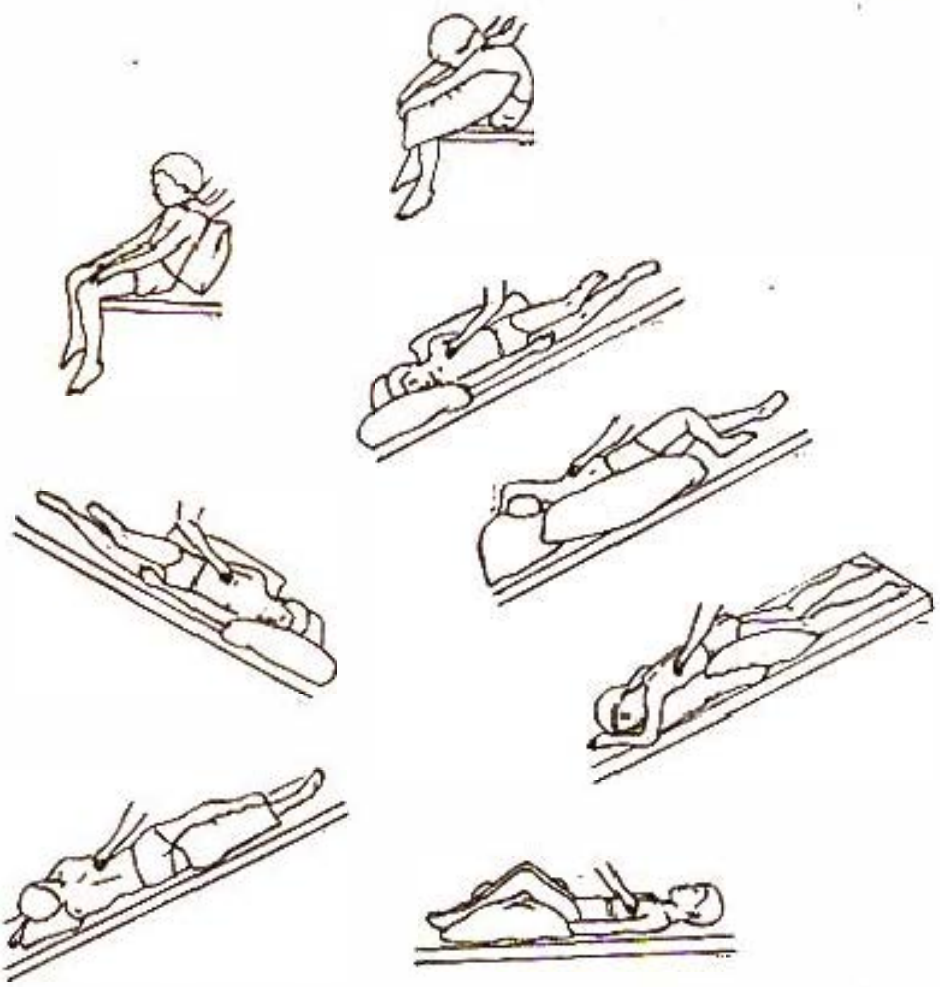


Fig. 19 – *Poziţii pentru realizarea drenajului postural*

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PLEUREZIE

Pleureziile sunt afecţiuni caracterizate prin existenţa lichidului intrapleural, cu caracter de exsudat, secundare unui proces inflamator la nivelul foiţelor pleurale.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – în cursul unor afecţiuni: pneumopatii bacteriene sau virotice, cancer pulmonar, infecţie T.B.C., reumatism articular acut – posttraumatice – secundare unor abcese de vecinătate (abces hepatic) ● *manifestări de dependenţă* a) *pleurezia serofibrinoasă T.B.C.* – frison – febră – transpiraţii, îndeosebi noaptea – inapetenţă – slăbiciune, oboseală

	– durere toracică accentuată la mişcarea toracelui – scădere ponderală – dispnee: apare când exsudatul este masiv şi comprimă plămânul – tuse – la examenul fizic se observă: – bombarea toracelui – limitarea mişcărilor în timpul respiraţiei la nivelul hemitoracelui afectat b) *pleurezii purulente* – frisoane repetate – febră remitentă – durere toracică – tahicardie – paloare – hipertensiune arterială – alterarea stării generale – semne locale la nivelul toracelui ● *examinări paraclinice* – examenul lichidului pleural – biopsie pleurală – radiografie toracică – I.D.R. la P.P.D. – examene de laborator: – sânge: hiperleucocitoză cu neutrofilie (în pleurezia purulentă)
Problemele pacientului	– disconfort – alterarea respiraţiei – potenţial de alterare a nutriţiei – intoleranţă la efort
Obiective	Vizează: – îmbunătăţirea respiraţiei, a schimburilor gazoase – favorizarea expansiunii toracice – combaterea infecţiei cauzale – diminuarea manifestărilor clinice – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– asigurarea repausului la pat în perioadele febrile – alimentaţie uşor digerabilă, bogată în vitamine – asigurarea poziţiei care diminuează durerea şi facilitează o ventilaţie maximă – administrarea tratamentului medicamentos – simptomatic: de combatere a transpiraţiilor, a tusei, a durerii – etiologic: tuberculostatice, antibiotice

	– patogenic: corticoterapie – pregătirea pacientului pentru examinări paraclinice – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator – învățarea pacientului să efectueze gimnastică respiratorie – observarea semnelor și simptomelor de complicații – educatia pacientului: – administrarea tratamentului la domiciliu – necesitatea continuării exercițiilor respiratorii – importanța expectorării sputei NOTĂ: Îngrijirea pacienților cu afecțiuni respiratorii (pneumotorax spontan, B.P.O.C., astm bronșic, insuficiență respiratorie) sunt detaliate în „Urgențe medico-chirurgicale" de Lucreția Titircă.

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului cardiovascular

NOŢIUNI DE ANATOMIA ŞI FIZIOLOGIA APARATULUI CARDIOVASCULAR

Aparatul cardiovascular este format din:

– inimă

– vase sanguine: artere, vene, capilare, sistem limfatic.

Inima:

– este organ musculocavitar

– este alcătuită din trei tunici:

– endocardul – tunica internă

– miocardul – tunica mijlocie (muşchiul cardiac)

– pericardul – tunica externă

– are patru cavităţi:

– două superioare – atrii (drept şi stâng)

– două inferioare – ventriculi (drept şi stâng)

– vascularizaţia este realizată prin cele două artere coronare

– inervaţia – de la sistemul simpatic şi parasimpatic **Fig. 20**

Revoluţia cardiacă:

– reprezintă trecerea sângelui din atrii în ventriculi şi apoi în arborele vascular **Fig. 21**

– durează, 0,8 secunde

Circulaţia sângelui:

– circulaţia mare sau sistemică, cuprinde circulaţia sângelui de la inimă la ţesuturi şi înapoi; începe din ventriculul stâng şi se termină în atriul drept.

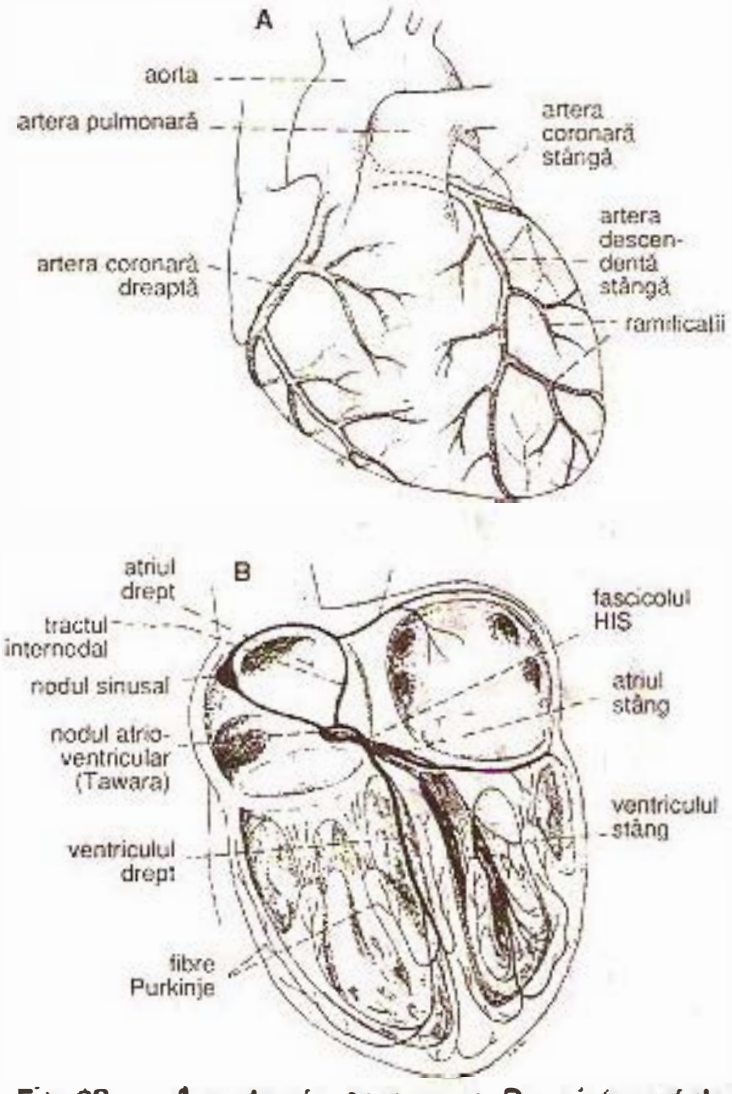


Fig. 20 – *A - arterele coronare; B – sistemul de conducere şi cavităţi*

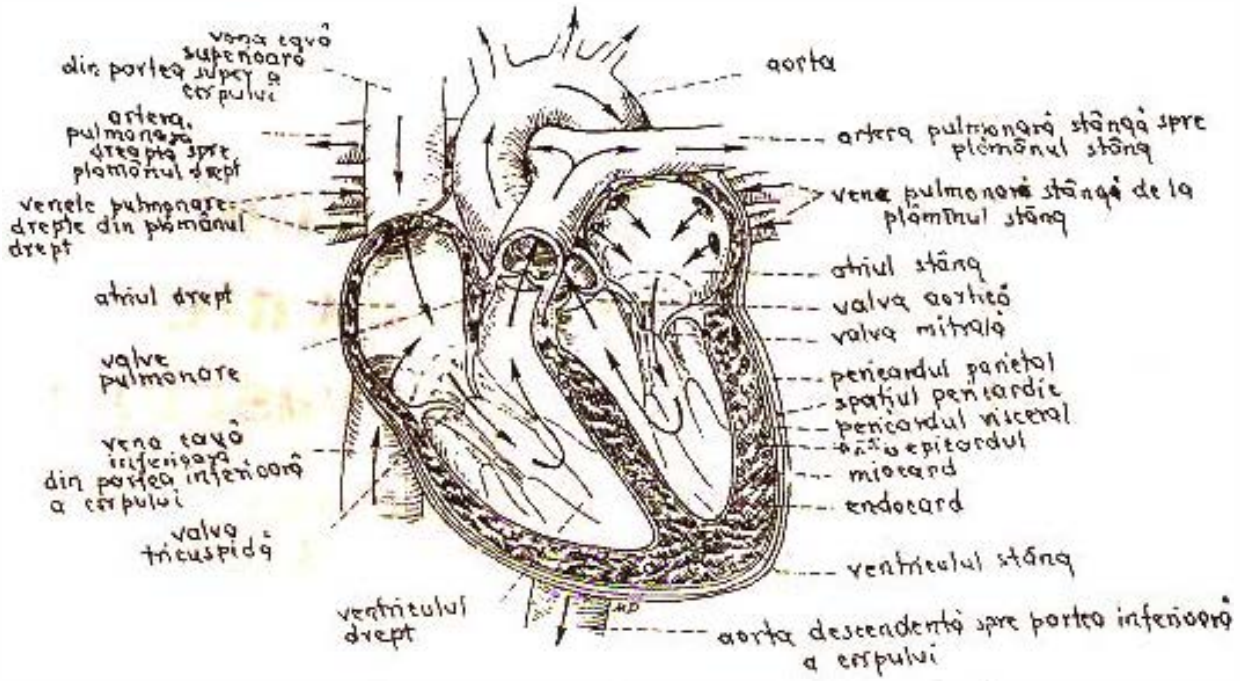


Fig. 21 – *Circulația sângelui în inimă*

– circulația mică sau pulmonară cuprinde circulația sângelui de la inimă la plămâni și înapoi; începe în ventriculul drept și se termină în atriul stâng. **Fig. 22**

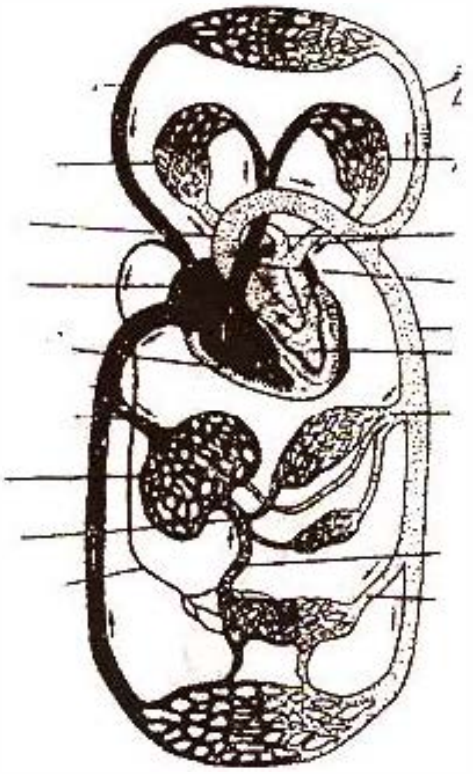


Fig. 22 – *Circulația sângelui*

Rolul aparatului cardiovascular

– transportă sânge, substanțe nutritive la organe și țesuturi

– transportă produse de metabolism de la țesuturi și organe către organele de excreție.

EDUCAȚIA PACIENTULUI PENTRU PREVENIREA AFECȚIUNILOR CARDIOVASCULARE

– asanarea focarelor de infecție din organism
– alimentația echilibrată: fără exces de sare și grăsimi, aport de vitamine
– combaterea obezității
– regim de viață echilibrat
– evitarea consumului de alcool, cafea
– suprimarea fumatului
– efectuarea de exerciții fizice zilnic, plimbări în aer liber
– evitarea stresului psihic

– regim de viaţă echilibrat, alternând perioadele de activitate cu perioade de repaus
– controlul periodic al tensiunii arteriale
– tratamentul afecţiunilor cronice.

Pentru evitarea afecţiunilor vaselor periferice:

– evitarea staţionatului excesiv în picioare
– purtarea de încălţăminte comodă
– evitarea purtării de îmbrăcăminte strâmtă, care stânjeneşte circulaţia.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A APARATULUI CARDIOVASCULAR

Examen fizic

– inspecţia: poziţia pacientului (ortopnea în insuficienta cardiacă stângă); culoarea tegumentelor (paloare, cianoză); turgescenţa venelor, edeme, degete hipocratice.
– palpare: şoc apexian
– auscultaţie: zgomote cardiace normale şi supraadăugate (sufluri)

Pentru vasele periferice

– inspecţia: atrofia unui membru (obliterare arterială cronică), aspectul tegumentelor şi fanerelor, edem
– palpare: absenţa pulsului, temperatura tegumentelor

Investigaţii radiologice

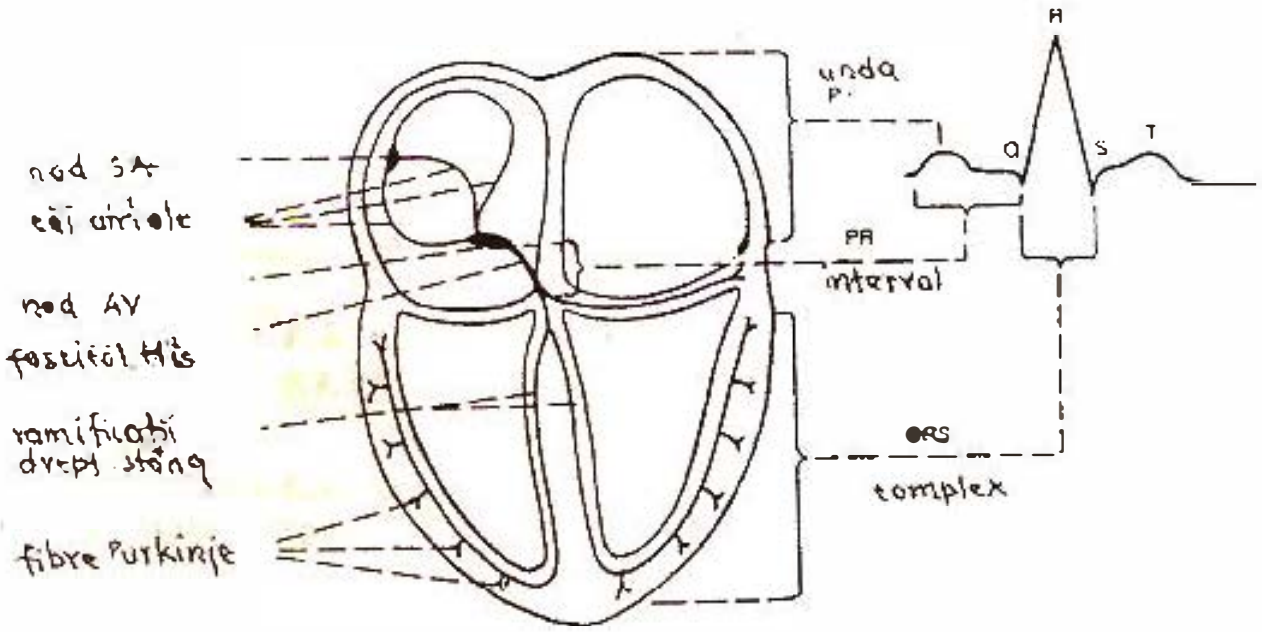
– radiografie toracică
– radioscopie toracică
– angiocardiografie
– aortografie
– arteriografie periferică
– flebografie
– tomografie computerizată
– rezonanţa magnetică nucleară

Examinări cu izotopi radioactivi

– scintigrafia miocardică

Explorări funcţionale

– pentru cord:
  – electrocardiograma în repaus şi la efor: Fig. 23
  – fonocardiograma
  – apexocardiograma
  – echocardiograma
  – cateterism cardiac (pentru cavităţi)
  – măsurarea pulsului
– pentru aparatul circulator:
  – măsurarea tensiunii arteriale
  – oscilometria
  – măsurarea presiunii venoase



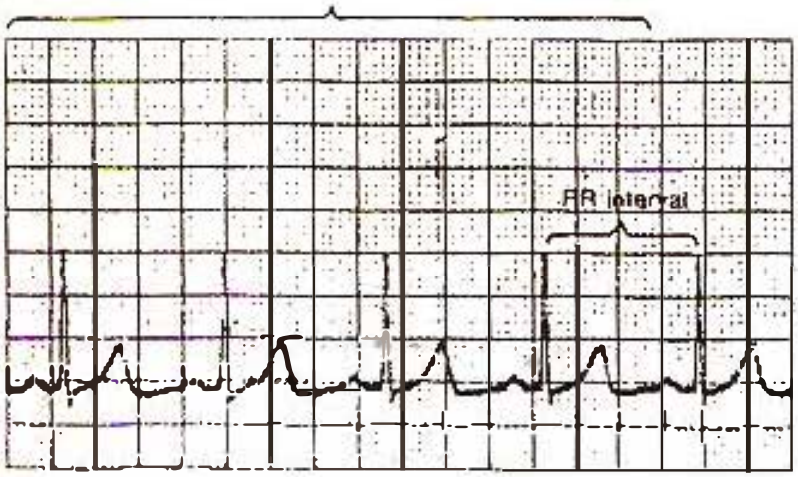


Fig. 23 – *Ritmul sinusal normal*

- determinarea timpului de circulație
- determinarea masei sanguine
- arteriograma
- flebograma

Examinări complementare

- cateterism cardiac

Examinări de laborator

– V.S.H., A.S.L.O., fibrinogen, lipide, colesterol, timp Quick, timp Howell
– hemocultură, uree sanguină, azotemie, creatinină, glicemie

SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE ÎN AFECŢIUNILE APARATULUI CARDIOVASCULAR

durerea	– poate fi localizată precordial sau retrosternal – este foarte important a se stabili caracteristicile ei (debut, localizare, intensitate, iradiere, legătura cu efortul, mişcările respiratorii, mişcarea toracelui), pentru confirmarea diagnosticului – determină disconfort, anxietate
dispneea	– este consecinţa stazei şi hipertensiunii pulmonare – poate apărea la efort sau în repaus, cu predilecţie noaptea – poate fi însoţită de tuse, nelinişte – este simptom dominant în insuficienţa cardiacă stângă
palpitaţii	– pot surveni izolat sau în accese – cele tranzitorii sunt determinate de efort, stări emoţionale, abuz de cafea, tutun – cele cu durată mai mare sunt caracteristice în tulburările de ritm sau de conducere – determină anxietate
paloare	– prezentă în endocardita reumatică
cianoză	– este simptom dominant în unele afecţiuni (insuficienta cardiacă dreaptă, cardiopatii congenitale)
edem	– este manifestarea insuficienţei cardiace
manifestări respiratorii	– tuse cardiacă, hemoptizie
manifestări digestive	– greţuri, vărsături
manifestări generale	–astenie

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INFARCT MIOCARDIC ACUT

Infarctul miocardic acut (I.M.A.) se caracterizează prin necroză miocardică (pe o suprafaţă mai mult sau mai puţin extinsă) determinată de o obstrucţie coronariană prin tromboză.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – după mese copioase, efort fizic intens, expunere la frig ● *factori predispozanţi* (Fig. 24) – ateroscleroza coronariană – stenoza congenitală coronariană – leziuni valvulare

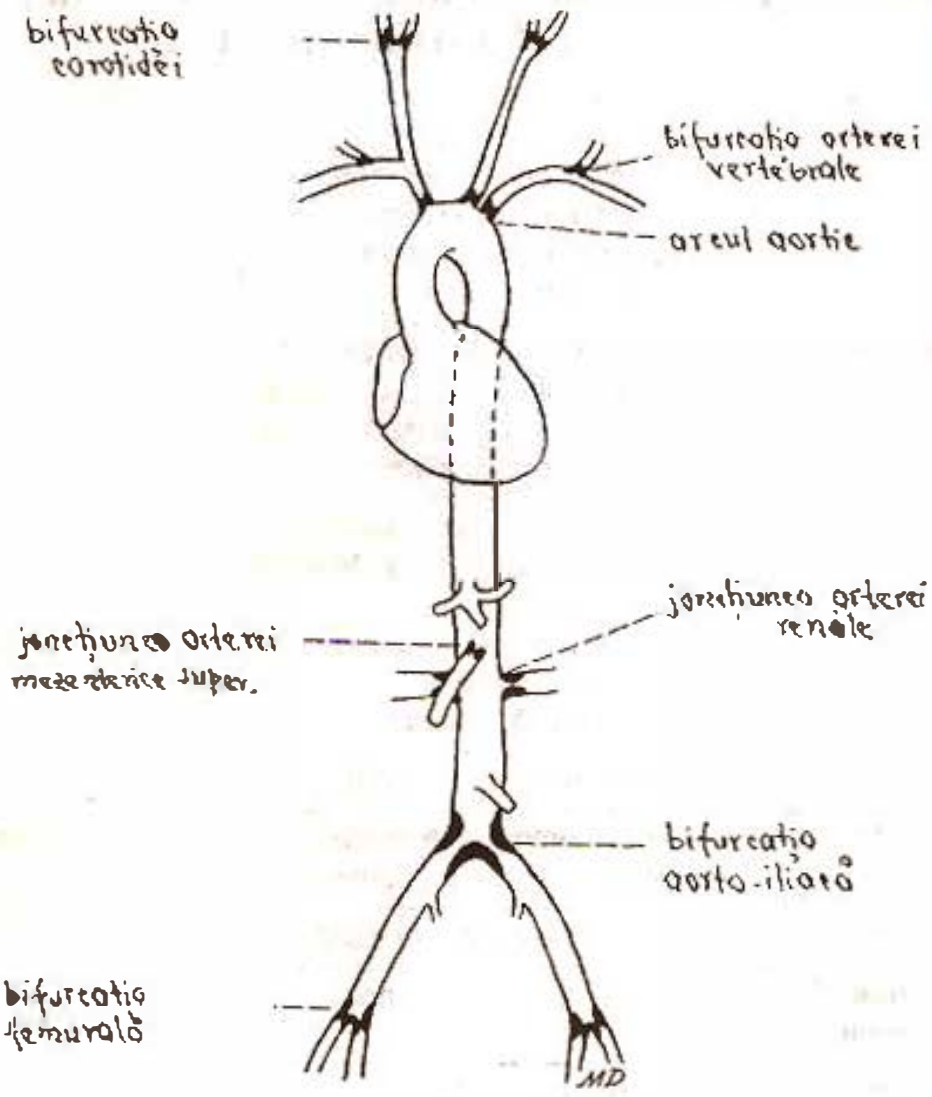


Fig. 24 – *Principalele localizări ale aterosclerozei periferice*

● *factor de risc*

– hiperlipemii, hipercolesterolemii, alcool, tutun, obezitate, stres, sedentarism, diabet zaharat, H.T.A.

● *manifestări de dependență* (semne și simptome)

– durere anginoasă, intensă (atroce, violentă, insuportabilă, și ocogenă); nu cedează la nitroglicerină sau repaus; durează peste 30 de minute.

– poate fi tipică (localizată retrosternal, cu sau fără iradieri, instalată brusc și de intensitate mare) sau atipică (regiunea epigastrică).

	– semne care însoţesc durerea: – dispnee – anxietate marcată – transpiraţii reci – sughiţ – greţuri – vărsături – stare de slăbiciune – ameţeli – H.T.A., se poate ajunge la colaps – hipertermie (după 24–48 ore) ● *examinări complementare* – electrocardiograma – examinări de laborator: – sânge: V.S.H. crescută, fibrinogen crescut, T.G.O. crescută, leucocitoză, creatinfosfokinaza crescută – coronarografie – ventriculografie radioizotopică – cateterismcardiac
Problemele pacientului	– disconfort – durere – anxietate – senzaţia de „moarte iminentă" – scăderea debitului cardiac – obstrucţia coronariană – alterarea perfuziei tisulare – prezenţa zonelor de necroză – deficit de autoîngrijire – intoleranţă la efort – potenţial de alterare a nutriţiei: deficit – greţuri, vărsături – potenţial de complicaţii
Obiective	Vizează: – combaterea durerii – combaterea anxietăţii – prevenirea complicaţiilor imediate şi tardive – limitarea extinderii necrozei – recuperare socio-profesională
Intervenţii	– în etapa prespitalicească: – combaterea durerii – sedare – prevenirea aritmiilor ventriculare – tratamentul complicaţiilor – transport la spital

– în spital:
- continuarea măsurilor de prim ajutor
- oxigenoterapie
- montarea unei perfuzii
- asigurarea repausului la pat
- monitorizarea funcţiilor vitale
- bilant hidric
- recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator
- aplicarea măsurilor de prevenire a efectelor imobilizării
- ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale (alimentaţie pasivă la pat, igiena tegumentelor şi mucoaselor, servirea la pat cu ploscă şi urinar)
- mobilizarea progresivă a pacientului conform indicaţiilor medicului
- educatia pacientului privind regimul de viaţă postinfarct:
  - reluarea treptată şi progresivă a efortului fizic
  - alimentaţie echilibrată, adecvată factorilor de risc aterogeni prezenţi
  - kinetoterapie în servicii specializate
  - tratament balnear
  - control medical periodic

NOTĂ: Simptomatologia infarctului miocardic acut şi intervenţiile sunt detaliate în „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucretia Titircă

DE REŢINUT!

În îngrijirea pacientului cu I.M.A. este foarte important ca asistenta:
- să asigure pacientului un maxim de confort fizic şi psihic
- să grupeze la maximum intervenţiile
- să mobilizeze la minim pacientul
- să explice necesitatea repausului la pat
- să depisteze la timp o complicaţie
- să prevină efectele imobilizării
- să respecte cu strictete regulile de administrare a medicamentelor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ENDOCARDITĂ INFECȚIOASĂ

Endocardita infecțioasă se produce în cursul unei infecții generale (septicemie) ca urmare a multiplicării agenților microbieni la nivelul valvelor sau pe leziuni existente. Vegetațiile formate pot migra provocând embolii septice (în circulația mare).

Culegerea datelor

● *circumstanțe de apariție*

– septicemii

– locul de pornire a infecției poate fi: cavitatea bucală (extracții dentare, amigdalectomie), aparat respirator (după bronhoscopie cu biopsie), aparat renal (cistoscopie, cateterism vezical pe urină infectată), infecții tegumentare (furuncul).

● *persoane cu risc*

– cu endocardită infecțioasă în antecedente
– cu valvulopatii dobândite (după R.A.A.)
– cu malformații cardiace congenitale Fig. 25

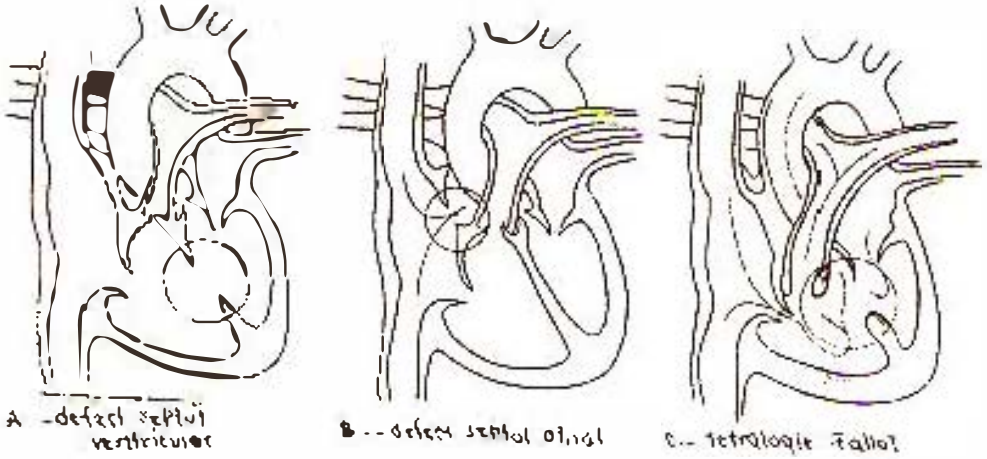


Fig. 25 – *Cardiopatii congenitale*

● *manifestări de dependență* (semne și simptome)

– febră, frison, transpirații
– slăbiciune, oboseală
– scădere ponderală Fig. 26
– anorexie
– cefalee
– dispnee
– paloare
– peteșii pe mucoasa bucală și oculară
– splenomegalie
– nodozități Osler (pe pulpa degetului)
– hipocratism digital

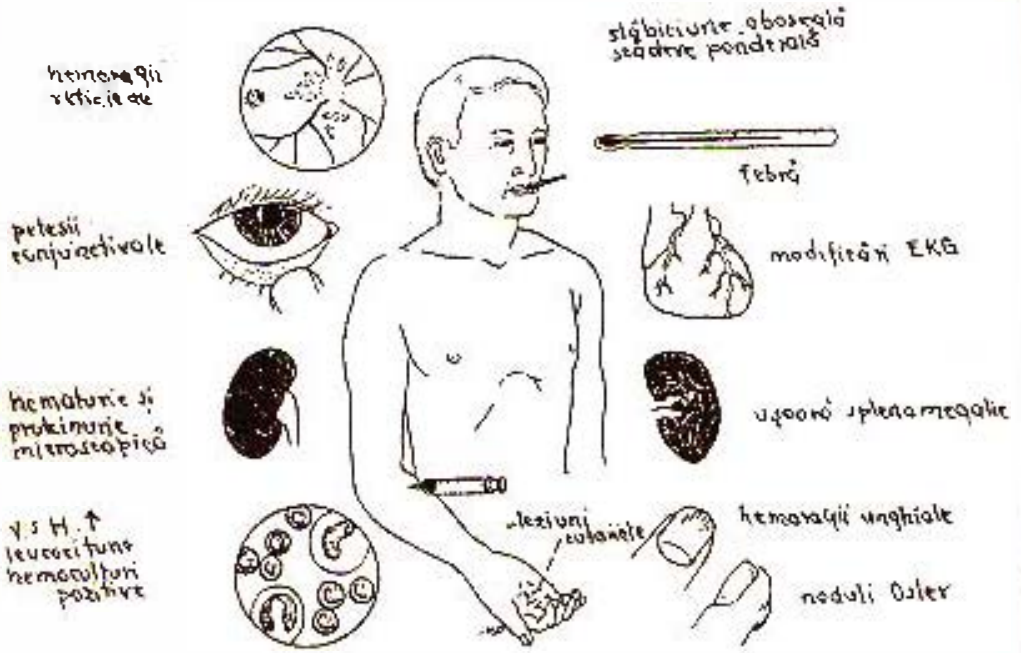


Fig. 26 – ***Manifestările endocarditei bacteriene***

– tulburări neurologice: modificări de comportament, afazie
– semne de embolie în arterele membrelor

● *examinări paraclinice*

– echografie
– angiocardiografie
– electrocardiogramă
– hemocultură
– examene de laborator
  – sânge: leucocitoză cu neutrofilie, V.S.H. crescută
  – urină: proteinurie, cilindrurie

Problemele pacientului

– alterarea nutriției, deficit
  – anorexie
– deficit de autoîngrijire
  – slăbiciune, oboseală
– disconfort
  – noduli dureroși
– alterarea proceselor cognitive
  – afazie
– potențial de complicații
  – migrarea vegetațiilor

Obiectiva

Vizează:
– combaterea infecției
– prevenirea fenomenelor de embolie
– promovarea confortului fizic și psihic al pacientului
– asigurarea unui apor: nutrițional adecvat

Intervenţii	– repaus la pat (spitalizare) – asigurarea unei alimentaţii uşor digerabile (regim lichid şi semilichid) în perioada febrilă, apoi regim hipercaloric, reducerea aportului de sodiu – supravegherea funcţiilor vitale, a stării mentale – observarea apariţiei semnelor de embolie: – la nivelul arterelor membrelor (durere, paloare, hipotermie, dispariţia pulsului) – la nivel renal (hematurie, dureri) – ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale – pregătirea pacientului pentru examinări radiologice – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator – administrarea tratamentului medicamentos prescris – educaţia pacientului privind prevenirea recidivelor – profilaxia infecţiilor (în caz de intervenţii chirurgicale) pentru cei cu leziuni valvulare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PERICARDITĂ ACUTĂ

Pericardita acută este o inflamaţie a pericardului parietal şi/sau visceral, care evoluează cu prezenţa unui exsudat pericardic în cantitate variabilă (la început exsudat fibros, apoi sero-fibrinos).

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – infecţii – T.B.C. – complicaţii ale I.M.A. – boli reumatismale – traumatisme – cateterism cardiac ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – durere localizată retrosternal: accentuată la mişcarea de rotaţie a toracelui, clinostatism, tuse, inspiraţie; se diminuează în intensitate odată cu acumularea lichidului între foiţele pericardului – dispnee: la început moderată, se intensifică odată cu acumularea lichidului, devenind dispnee de efort – tuse uscată – sughiţ – disfagie – febră, transpiraţii – în faza exsudativă apar semnele de tamponadă cardiacă ● *examinări paraclinice* – radiografie toracică

	– electrocardiogramă – punctie pericardică – angiografie – scintigrafie – examene de laborator: hemocultură, V.S.H., A.S.L.O., hemoleucogramă – I.D.R. la P.P.D.
Problemele pacientului	– anxietate – disconfort – durere – scăderea debitului cardiac – compresiunea exercitată de lichidul intrapericardic – alterarea volumului lichidian: exces – creşterea presiunii venoase – potenţial de complicaţii – afectarea miocardică
Obiective	Vizează: – combaterea manifestărilor de iritaţie pericardică – combaterea infecţiei – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– repaus la pat (spitalizare) – poziţie semişezând – asigurarea unui climat de linişte – măsurarea funcţiilor vitale – observarea apariţiei semnelor de tamponadă cardiacă – ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale – administrarea tratamentului prescris – simptomatic – etiologic – al complicatiilor – administrarea oxigenului – pregătirea pacientului pentru examinări radiologice, explorări funcţionale, puncţie pericardică – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Hipertensiunea arterială se caracterizează prin creşterea presiunii arteriale (sistolice sau diastolice) peste valorile normale (139/89 mmHg).

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – fără cauze directe (H.T.A. esenţială) – secundară unei afecţiuni renale, endocrine, cardiovasculare, neurologice (H.T.A. secundară)

	● *factori de risc* – stres psihic –fumat –obezitate – sedentarism – ingestie excesivă de sodiu ● *persoane cu risc* – cei cu responsabilităţi sociale crescute – cei cu regim de viaţă dezechilibrat – cei cu comportament agresiv, hipercompetitiv ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) Semnele şi simptomele sunt diferenţiate în funcţie de stadiul H.T.A. – creşterea moderată a valorilor T.A. tranzitorie – creşterea permanentă a valorilor T.A. – cefalee occipitală, frecvent dimineaţa, cu caracter pulsatil –ameţeli – astenie, oboseală – tulburări de vedere – tulburări de memorie şi concentrare – parestezii – palpitaţii – dureri precordiale – dispnee la efort – hemoragii (epistaxis, metroragii) Complicaţii: – cerebrale (encefalopatie hipertensivă, hemoragii cerebrale) – cardiace (insuficienţă cardiacă) – coronare (I.M.A., angor) – renale (insuficienţă renală) ● *examinări paraclinice* – electrocardiograma – oftalmoscopia (F.O.) – echografie – sânge: glicemie, colesterol, creatinină, azotemie etc. – examenul urinei
Problemele pacientului	– scăderea debitului cardiac – scăderea forţei de contracţie a ventriculului stâng (insuficienţă ventriculară stângă) – alterarea perfuziei tisulare – scăderea debitului cardiac

	– potenţial de accident – tulburări de vedere – diminuarea toleranţei la efort – slăbiciune, oboseală – potenţial de complicaţii
Obiective	Vizează: – scăderea valorilor T.A. în limite acceptabile – asigurarea confortului – prevenirea accidentelor – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– asigurarea repausului fizic şi psihic – combaterea factorilor de risc – măsurarea T.A., puls, respiraţie – administrarea tratamentului medicamentos prescris – efectuarea bilanţului hidric (intrări-ieşiri) pentru prevenirea depleţiei de potasiu, care provoacă aritmii – asigurarea unei alimentaţii echilibrate ţinând cont şi de afecţiunile existente: – hipocaloric – în obezitate – hipolipidic – în ateroscleroză – reducerea aportului de sodiu – lichidele administrate fracţionat pentru a evita creşterea bruscă a T.A. – educaţia pacientului: – regim de viaţă echilibrat (alterarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus) –evitarea stresului psihic (stări conflictuale, surmenaj intelectual) – suprimarea fumatului – combaterea obezităţii – exerciţii fizice, plimbări – alimentaţie echilibrată – control periodic la dispensar

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU AFECŢIUNI ALE ARTERELOR PERIFERICE

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – tulburări funcţionale a circulaţiei periferice (boala Raynaud, acrocianoză) – leziuni ateromatoase arteriale (arteriopatia obliterantă aterosclerotică)

	● *factori favorizanți* – frig – umezeală } generatori de vasospasm ● *manifestări de dependență* (semne și simptome) a) *boala Raynaud* (spasm la nivelul arterelor digitale) – fenomene tranzitorii cu: – tegumente palide și reci – furnicături – amorțeli – absența pulsațiilor – prin repetare determină și atrofia pielii, degenerarea unghiilor b) *acrocianoză* (vasoconstricție arteriolară cu vasodilatație capilară venoasă) – cianoză permanentă a extremității membrelor superioare – tegumente reci și umede – simptomatologia se accentuează la frig – când apar și discrete dureri – și se ameliorează la căldură. c) *arteriopatie obliterantă aterosclerotică* (sindrom de ischemie periferică) – durere la început ca o jenă la mers, apoi sub formă de claudicație intermitentă, care cedează la repaus – tegumente palide și reci – în fazele avansate durerea e permanentă și apar tulburări trofice: – tegumente uscate, fără piloziteți – unghii îngroșate – atrofie musculară – ulcerații, gangrenă ● *explorări paraclinice* – oscilometria – termografie cutanată cu infraroșii – arteriografie – echografie Doppler pulsatilă (debimetria) – probe clinice accesorii: – probe de provocare a claudicației – probe de provocare a modificărilor de culoare și temperatură
Problemele pacientului	– alterarea confortului: – durere – alterarea integrității pielii: – ulcerații, gangrenă – alterarea perfuziei tisulare la nivel periferic – leziuni arteriale

	– potenţial de alterare a imaginii corporale – culoarea tegumentelor: paloare sau cianoză – intoleranţă la activitate – claudicaţie
Obiective	Vizează: – îmbunătăţirea irigaţiei arteriale periferice – diminuarea sau oprirea evoluţiei leziunilor ateromatoase periferice – prevenirea complicaţiilor – promovarea confortului
Intervenţii	a, b) *boala Raynaud şi acrocianoză* – medicaţie vasodilatatoare – băi calde – suport psihic al pacientului – educaţia pacientului: – evitarea frigului, a umezelii, a stresului psihic – suprimarea fumatului c) *arteriopatie obliterantă* – repaus la pat, prelungit în fazele avansate, fără a elimina mersul pe jos, adaptat astfel încât să se evite claudicaţia – administrarea tratamentului medicamentos – educaţia pacientului: – încălţăminte confortabilă şi din piele – evitarea ciorapilor din material sintetic – igiena riguroasă a membrelor inferioare (băi zilnice, pudrarea zonelor interdigitale, tăierea unghiilor, tratamentul chirurgical al unghiei încarnate) – evitarea traumatismelor locale – dozarea efortului fizic – evitarea băilor prea calde şi a compreselor calde – evitarea vestimentaţiei strâmte care stânjeneşte circulaţia – regim alimentar sărac în grăsimi animale, glucide concentrate, fără alcool şi cafea – suprimarea fumatului – tratament precoce al infecţiilor, micozelor – cură balneară: Covasna, Borsec, Tuşnad – în caz de arteriopatie diabetică: echilibrarea diabetului.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU AFECŢIUNI ALE VENELOR

a) *Tromboflebita* – obstrucţia lumenului venos cu trombus, însoţită de inflamarea peretelui venos.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie, factori favorizanţi* – afecţiuni însoţite de stază venoasă (cardiopatii, obezitate, varice) – imobilizări prelungite (insuficienţă cardiacă, după intervenţii chirurgicale, imobilizare în aparat gipsat) – afecţiuni care produc alterarea endoteliului venos (traumatisme, infecţii, ultimele luni de sarcină) – afecţiuni care favorizează tromboza (caşexia, colagenoze) – afecţiuni ale sângelui (anemii, leucemii, poliglobulii) în care se produc tulburări de coagulabilitate sanguină. ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) Simptomatologia e diferenţiată în funcţie de vasele afectate şi stadiul afecţiunii: – subfebrilitate – tahicardie – local: – durere pe traiectul venei: poate fi spontană sau provocată de palpare digitală, mişcări, mers; se intensifică în stadiul edematos – impotenţă funcţională proporţională cu evoluţia bolii – edeme ● *examinări paraclinice* – flebografie – echografie Doppler
Problemele pacientului	– diminuarea mobilităţii fizice – impotenţă funcţională – alterarea perfuziei tisulare periferice **Fig. 27** – inflamarea pereţilor venoşi – disconfort – durere – potenţial de complicaţii – migrarea trombusului
Obiective	Vizează: – combaterea stazei venoase – corectarea tulburărilor biologice favorizante – promovarea confortului – prevenirea complicaţiilor

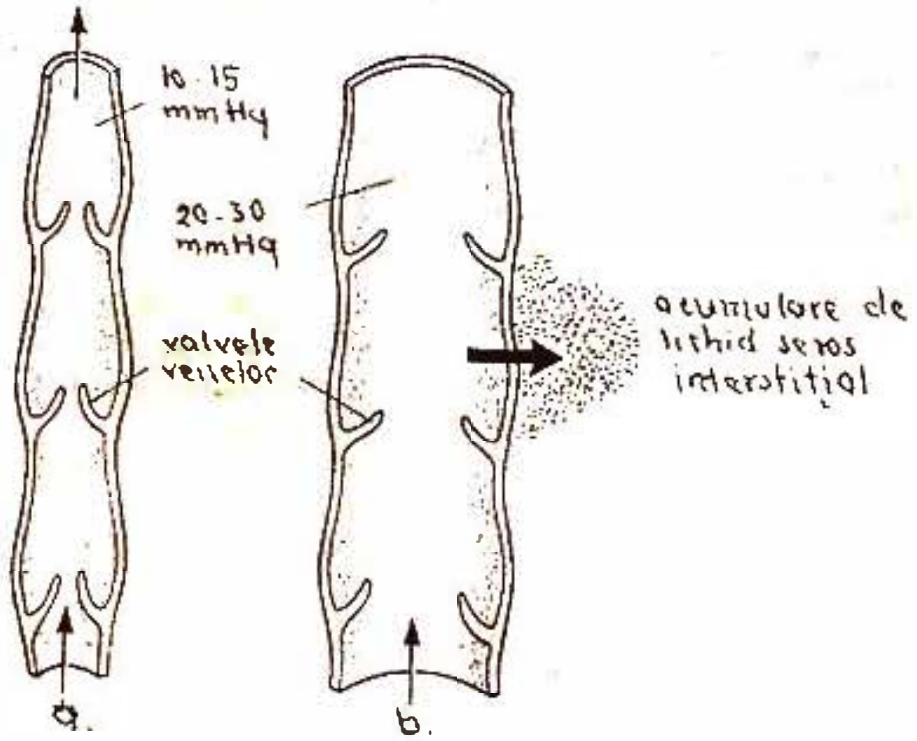


Fig. 27 – *Venele membrelor inferioare*
a – la o persoană mobilă
b – la o persoană imobilizată

Intervenţii

– repaus la pat în perioadele febrile şi dureroase
– poziţionare care să favorizeze întoarcerea venoasă (cu membrul inferior ridicat)
– după zece zile de repaus, dacă semnele locale s-au diminuat şi pulsul şi temperatura sunt normale se poate începe mobilizarea progresivă
– administrarea tratamentului medicamentos prescris
– observarea semnelor şi simptomelor de complicaţii:
  – semne renale: hematuria
  – semne de embolie pulmonară
– ajutarea pacientului să-şi satisfacă nevoile fundamentale în perioada imobilizării şi aplicarea măsurilor de combatere a efectelor imobilizării la pat
– îngrijiri pre- şi postoperatorii pentru pacientul cu tratament chirurgical
– educaţia pacientului:
  – purtarea de ciorapi elastici Fig. 28
  – masajul membrelor

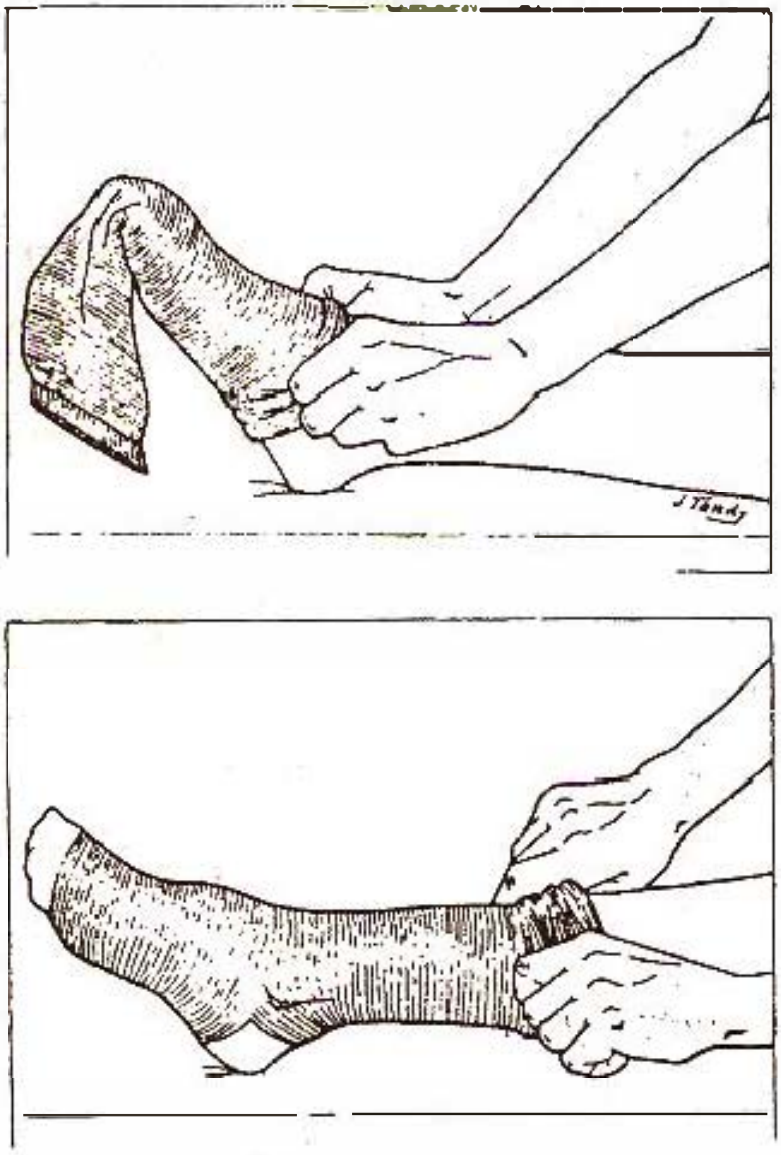


Fig. 28 – *Îmbrăcarea ciorapilor elastici*

– mers pe jos zilnic
– evitarea ortostatismului prelungit
– alternarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus

b) *Varicele* – se caracterizează prin dilatarea venelor superficiale, de obicei la nivelul gambei

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – insuficienţă. valvulară venoasă constituţională, ereditară (varice primitive) – compresiuni venoase: ortostatism prelungit, tumori abdominale, pelviene (varice secundare)

	● *manifestări de dependență* (semne și simptome) – senzația de tensiune și amorțeli la nivelul gambei – dureri accentuate în ortostatism și care diminuează pe măsura dezvoltării cordoanelor venoase – local: dilatarea venelor superficiale, uneori formându-se pachete varicoase – edem accentuat după ortostatism prelungit, diminuat după repaus
Problemele pacientului	– disconfort – durere – alterarea perfuziei tisulare – stază venoasă – potențial de complicații – ruperea peretilor venoși – potențial de alterare a imaginii corporale – cordoanele venoase vizibile
Obiective	Vizează: – lavorizarea circulației venoase – prevenirea complicațiilor – promovarea confortului
Intervenții	– asigurarea perioadelor de repaus, cu membrele inferioare ridicate – administrarea medicației prescrise – observarea semnelor de complicații (tromboflebite, ruperea varicelor) – pregătiri preoperatorii, îngrijiri postoperatorii pentru pacientul cu intervenție chirurgicală – educația pacientului: – evitarea ortostatismului prelungit – ciorapi elastici – alternarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus – masajul membrelor – mers pe jos – combaterea obezității

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni ale aparatului digestiv şi ale glandelor anexe

LOCUL TEMEI ÎN CADRUL PROGRAMEI DE NURSING

Tema „Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni ale aparatului digestiv" este prevăzută a se studia în anul II al şcolii postliceale sanitare, profilul asistenţi medicali generalişti.

Se rezervă un număr de 30 ore, având în vedere importanţa temei pentru însuşirea cunoştinţelor, a formării deprinderilor şi priceperilor privind îngrijirea bolnavului.

Studiul temei va fi corelat cu acele cunoştinţe, însuşite de elevi în anul anterior, despre „Nevoia de a bea şi a mânca", „Recoltarea produselor pentru examene de laborator", „Sondaje şi spălături", „Administrarea medicamentelor".

Cunoştinţele de anatomie şi fiziologie a tubului digestiv şi a glandelor anexe, de medicină internă vor fi suportul noţiunilor de nursing.

OBIECTIVE GENERALE ALE TEMEI

– *obiective cognitive* – realizarea lor se va concretiza prin performanţele comportamentale ale elevilor, ca, de exemplu:

a. cunoaşterea problemelor ce ţin de dependenţa pacientului cu felurite suferinţe digestive;

b. cunoaşterea tehnicilor de pregătire a pacientului pentru diferite examinării;

c. stabilirea obiectivelor de îngrijire adecvate fiecărui pacient, fiecărei probleme;

d. capacitatea de a evalua îngrijirile acordate şi performanţele obţinute de pacient în urma îngrijirilor;

e. capacitatea de a înţelege rolul educaţiei sanitare în prevenirea bolilor digestive, a complicaţiilor lor, a infirmităţilor.

– *obiective psihomotorii*

a. formarea deprinderilor de recoltare, pentru examene de laborator, a sucului gastric, a sângelui, urinei şi fecalelor;

b. formarea deprinderilor de a sesiza manifestările cauzate de apariţia unor complicaţii (scaun melenic, fetor hepatic);

c. formarea deprinderilor de administrare a medicamentelor specifice.

– *obiective afective* – elevul, la finele capitolului a dobândit atitudini şi convingeri precum că:

a) intervenţia sa promptă şi corectă în cazul unor manifestări cu caracter de urgenţă (HDS, ulcer perforat) poate salva viaţa pacientului;

b) atitudinea sa încurajatoare, menajarea intimităţii pacientului reduc anxietatea, permit exprimarea temerilor pacientului, favorizează procesul de însănătoşire a acestuia.

ORGANIZAREA ŞI DESFĂŞURAREA LECŢIEI

a. Loc de desfăşurare

Lecţia se desfăşoară în sala de nursing, amenajată şi dotată corespunzător efectuării demonstraţiilor şi exerciţiilor de către elevi, individual sau în grup.

Materialele vor avea locul bine stabilit în sala de nursing, pentru ca elevii să-şi poată pregăti cele necesare pe măsuţele mobile, în fiecare etapă a lecţiei.

Astfel se vor pregăti următoarele:

b. Mijloace de învăţământ

– materiale, instrumente pentru sondaj gastric/duodenal.
– substanţe de contrast – sulfat Ba, pobilan, razebil;
– rectoscop, anuscop;
– materiale pentru recoltarea sângelui, urinei, fecalelor, pentru diferite examinări;
–planse:
  – schema explorării funcţionale a aparatului digestiv;
  – schema explorărilor ficatului;
  – folosirea sondei Blakemoore;
  – gastroscop, esofagoscop;
  – chimismul gastric;
  – problemele bolnavului cu ciroză hepatică.
– retroproiector – folii;
– negatoscop;
– radiografii –diverse ale aparatului digestiv, colecistografii;
– soluţii perfuzabile – perfuzatoare;
– materiale pentru injecţii;
– punga cu gheaţă;
– patul universal;
– foi de temperatură;
– planuri de nursing cu diferite diagnostice nursing.

c. Metodele didactice folosite în predarea temei

– prelegerea şcolară pentru secventele temei referitoare la pregătirea aparaturii, instrumentelor, stabilirea obiectivelor de îngrijire;

– descrierea unor aparate;

– observaţia individuală dirijată –(de exemplu: planşele ce redau problemele pacientului cu ciroză), ilustraţii;

– observaţia independentă – folosită în stagiul clinic, în secţia medicină internă;

– conversaţia euristică – în toate secvenţele lecţiilor. Elevii vor fi antrenaţi să facă legături logice între observaţiile lor din spital şi cunoştinţele transmise;

– demonstraţia clinică este utilizată în secvenţele lecţiilor privind pregătirea instrumentelor pentru diferite tehnici, asigurarea poziţiilor pacientului pentru diverse examinări endoscopice, pentru punctie hepatică, abdominală;

– exerciţiul – utilizat pentru ca elevul să-şi formeze deprinderi de muncă independentă (exemplu: pregătirea materialelor pentru diferite tehnici, recoltări, puncţii, perfuzii, reorganizarea locului de muncă);

– studiul de caz – folosit pentru ca elevii să poată întocmi planuri de nursing pe cazuri concrete, în care să stabilească obiective pe termen scurt sau mai lung şi intervenţii adecvate;

– rezolvarea de probleme (exemplu: întocmirea meniului pentru o zi destinat bolnavului cu ciroză hepatică compensată).

d. Formele de organizare a instruirii – se aleg în cadrul desfăşurării temei în funcţie de obiectivele operaţionale propuse.

Modalităţi de participare:

– Sarcini individuale (exemplu: în cadrul secvenţelor de fixare a cunoştinţelor fiecare elev are sarcini precise).

– Sarcini de lucru în grup – pentru rezolvarea de probleme (exemplu: acordarea primului ajutor în caz HDS – grup de 3-4 elevi, care pregătesc materialele pentru primul ajutor (pungă cu gheată) şi transport (targa)).

Modalităţi de desfăşurare a observaţiilor şi exerciţiilor:

– independente – elevul observă, face exerciţii pentru a obţine performanta dorită;

– dirijate – elevul este îndrumat de profesor ce anume să observe, sau care parte a tehnicii nu o poate executa la parametrii corespunzători.

e. Desfăşurarea temei va urmări atingerea ***obiectivelor operaţionale:***

O_1 – Cunoaşterea tehnicilor de educaţie pentru sănătate în bolile tubului digestiv

O_2 – Cunoaşterea metodelor de explorare a aparatului digestiv.

O_3 – Formarea deprinderilor şi priceperilor de pregătire a pacientului pentru fiecare metodă de explorare.

O_4 – Cunoaşterea problemelor pacientului cu boli ulcerative ale tubului digestiv, cu infecţii.

O_5 – Stabilirea obiectivelor de îngrijire pentru fiecare problemă, pentru fiecare pacient.

O_6 – Formarea deprinderilor de aplicare a intervenţiilor autonome şi delegate în cazul fiecărei probleme a pacientului.

O_7 – Formarea deprinderilor de evaluare a îngrijirilor.

ŞEDINŢA	TIMP DE LUCRU	OBIECTIVELE OPERAŢIONALE
Şedinţa I	1 oră 1 oră 4 ore	$\bullet_1$ – Cunoaşterea tehnicilor de educaţie pentru sănătate Actualizarea cunoştinţelor de anatomie, fiziologie, nursing corelate cu tema dată. O_2 – Cunoaşterea metodelor de explorare a aparatului digestiv, participarea asistentei – metodele radiologice
Şedinţa II	2 ore 2 ore 2 ore	– metodele endoscopice – participarea asistentei O_3 – explorarea stomacului – participarea asistentei – explorarea ficatului – participarea asistentei
Şedinţa III	2 ore 1 oră 3 ore	– explorarea căilor biliare – participarea asistentei $\bullet_3$ – explorarea pancreasului – participarea asistentei $O_{4,5}$ – Cunoaşterea problemelor pacienţilor cu diferite boli ale tubului digestiv: boli ulcerative, infecţii micotice, microbiene, cu calculoză biliară, cu tumori.
Şedinţa IV	3 ore 3 ore	Stabilirea obiectivelor de îngrijire pentru fiecare diagnostic nursing. $\bullet_{4,6}$ Cunoaşterea intervenţiilor autonome şi delegate pentru rezolvarea problemelor pacientului.
Şedinţa V	2 ore 4 ore 2 ore	Cunoaşterea modalităţilor de evaluare a îngrijirilor în cadrul planului de îngrijire. $O_{4,7}$ Întocmirea planului nursing al pacientului cu boală ulceroasă, ciroză hepatică, colică biliară. Test de evaluare finală.

EVALUAREA REZULTATELOR SE VA REALIZA PRIN DIFERITE PROCEDEE:

– teste scrise
– chestionare orală
– probe practice

Evaluarea rezultatelor instruirii se va face permanent în cadrul fiecărei şedinţe de lucru, dar şi la finele capitolului.

Pentru verificarea modului de însuşire a cunoştinţelor în cadrul unei şedinţe de lucru se vor folosi chestionare – test cu răspunsuri la alegere sau cu răspunsuri construite (vezi test de evaluare).

Probele practice au în vedere evaluarea formării deprinderilor şi priceperilor de pregătire a bolnavului pentru diferite examinări ale tubului digestiv, a materialelor necesare ca şi de îngrijire a bolnavului cu diferite probleme, precum: vărsătură, hematemeză, dezechilibru hidroelectrolitic. Pentru aceasta, grupa de elevi se va împărţi în subgrupe de trei până la şase elevi, care vor rezolva diferite probleme de îngrijire (vezi set de probleme).

Evaluarea rezultatelor prin probe practice se va concretiza în cadrul stagiilor clinice, prin comportamentul elevilor faţă de bolnavi, precum şi prin integrarea lor activă în echipa de îngrijire în secţiile gastroenterologice, medicină internă.

Chestionarea orală are în vedere verificarea însuşirii cunoştinţelor necesare pentru a se putea elabora planul de nursing pentru bolnavul cu diferite boli ale tubului digestiv, ca şi modul de utilizare a limbajului medical. Prin acest procedeu se va verifica însuşirea de către elevi a noţiunilor despre alimentaţia bolnavilor cu afecţiuni digestive şi importanţa ei în tratamentul acestor boli. Se vor formula probleme ca: arătaţi care alimente sunt indicate sau contraindicate în boala ulceroasă: întocmiţi meniul pentru 24 ore al unui bolnav în faza acută a bolii ulceroase, precum şi meniul în faza de acalmie a unui bolnav cu rectocolită ulceroasă etc. Acestea pot conduce profesorul la aprecierea corelării cunoştintelor elevilor despre nevoia de a se alimenta: starea de independenţă şi alimentaţia în cazul diferitelor probleme de dependenţă.

Indiferent de forma de evaluare a cunoştintelor, profesorul, în finalul lecţiilor, va face aprecieri asupra rezultatelor obţinute de elevi, iar atunci când rezultatele sunt nesatisfăcătoare stabileşte noi strategii de învăţare.

f. Lecţia ca modalitate principală de organizare şi desfăşurare a activităţii de instruire, în studierea capitolului „Îngrijiri în afecţiunile aparatului digestiv", se poate organiza sub forma următoarelor tipuri: • lecţie pentru însuşirea de noi cunoştinţe (în şedinţele 1 şi 2); • lecţie de formare a priceperilor şi deprinderilor de muncă independentă (exemplu: şedinţele 2 şi 4); • lecţie de verificare, apreciere şi notare a cunoştinţelor şi deprinderilor (exemplu: şedinţa 5); • lecţie complexă – mixtă (exemplu: şedinţa 1); • lecţie vizită – se utilizează în şedinţa a doua de lucru, vizita făcându-se în serviciul de explorări funcţionale a secţiei gastroenterologie pentru cunoaşterea aparaturii endoscopice.

g. Conţinutul ştiinţific al temei este prezentat, în continuare, sub forma planurilor de nursing, formulate la modul general, rămânând ca în cadrul lecţiilor să se întocmească planuri concrete pentru cazurile de îmbolnăvire, pe care profesorul le va da spre studiu elevilor. Sunt enumerate *problemele* privind dependenta pacientului – probleme actuale şi potenţiale (cele care apar în cazul unor complicatii ale bolii), prezente în bolile aparatului digestiv.

Obiectivele de îngrijire sunt enunţate la modul general, ca fiind performanţele pe care să le atingă bolnavul privind starea sa de sănătate şi pe care şi le propune asistenta să le obţină ca urmare a intervenţiilor acordate. În cadrul lecţiilor, prin aplicarea studiului de caz şi întocmirea planurilor de îngrijire se pot formula obiective cu termene precise şi specifice care să răspundă sistemul SPIRO.

Intervenţiile asistentei medicale în îngrijirea pacientului cu boli digestive sunt prezentate detaliat atât cele autonome, cât şi cele delegate. În cazul urgenţelor medicale, sunt indicate acele intervenţii pe care le aplică asistenta ca măsuri de prim ajutor. Se insistă ca pacientul să înveţe cum să se autoîngrijească, să prevină complicaţiile bolii, să respecte regimul alimentar.

Evaluarea îngrijirilor se referă la situaţia în care pacientul are o evoluţie favorabilă, ca urmare a îngrijirilor acordate, el însuşindu-şi cunoştinţele şi deprinderile necesare menţinerii stării de sănătate.

h. Obţinerea feed-backului. În cadrul lecţiilor se realizează prin următoarele modalităţi:

– alegerea metodelor de învăţământ, care să asigure un mare grad de participare a elevilor în toate momentele lecţiei (conversaţie euristică, demonstraţia profesorului urmată de exerciţii efectuate de toţi elevii, rezolvarea de probleme, teste – activitate în grup sau individuală);

– reuşita momentelor de muncă independentă a elevilor şi calitatea lor;

– calitatea şi volumul exerciţiilor aplicative efectuate de elevi în etapa de fixare a cunoştinţelor din cadrul unei lecţii;

– calitatea răspunsurilor, a deprinderilor însuşite de elevi în etapa de verificare şi evaluare a cunoştintelor la sfârşitul capitolului „Îngrijirea bolnavilor cu afecţiuni ale aparatului digestiv".

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Aparatul digestiv este alcătuit din organe la nivelul cărora se realizează digestia alimentelor şi, ulterior, absorbţia lor, iar la nivelul ultimului segment – rectul – eliminarea resturilor neabsorbabile – prin actul defecaţiei.

Este alcătuit din:

– *cavitatea bucală* – limba, dinţii: au rol în masticaţie şi vorbirea articulată, limba fiind şi un organ al gustului

– *faringele* – conduct musculo-membranos cu trei etaje: nasofaringe, bucofaringe şi laringofaringe

– *esofagul* – canal musculo-membranos de trecere a bolului alimentar din faringe în stomac

– *stomacul* – porţiune dilatată a tubului digestiv. Comunică cu esofagul prin orificiul cardia şi cu duodenul prin pilor

– *intestinul subţire* – prima porţiune este fixă – duodenul – iar cea de-a doua mai lungă (4–6 metri) şi mobilă – jejunoileonul

– *intestinul gros* – este dispus sub formă de cadru; are lungimea de 1,5 metri. Este subîmpărţit: – colonul cu o porţiune ascendentă, una transversă şi alta descendentă

– cecul–ocupă fosa iliacă dreaptă, în el deschizându-se orificiul ileocecal, prezintă un segment rudimentar – apendicele vermicular

– rectul prezintă un segment dilatat numit ampula rectală şi altul care străbate perineul – canalul anal

– *glandele anexe* ale tubului digestiv sunt: glandele salivare (parotide, submaxilare, sublinguale), ficatul şi pancreasul

fiziologia – digestia reprezintă descompunerea alimentelor şi transformărilor lor fizico-chimice în elemente simple în stare de a fi absorbite

– *digestia bucală* – alimentele sunt fărâmiţate, amestecate cu saliva, amilaza salivară transformă amidonul în elemente simple. Se formează bolul alimentar care trece în esofag prin actul de deglutiţie

– *digestia gastrică* – stomacul se umple, bolul alimentar se amestecă cu sucul gastric (conţine acid clorhidric, fermenţi proteolitici şi lipolitici), proteinele se transformă până la stadiul de peptone, se formează chimul alimentar care trece în duoden prin acţiunea mecanică a stomacului

– *digestia intestinală* – etapa finală a procesului unitar al digestiei alimentelor

În intestin funcţia secretorie este îndeplinită de:

– pancreasul exocrin, prin sucul pancreatic ce conţine tripsină, lipază, amilază

– ficatul, prin secreţia biliară ce conţine săruri biliare cu rol în digestia şi absorbţia grăsimilor şi vitaminelor liposolubile. Pigmenţii biliari dau culoarea scaunului

– glandele intestinale, prin sucul intestinal ce conţine fermenţi proteolitici, lipolitici şi glucolitici.

Aceste secreţii duc la fragmentarea principiilor alimentare până la formele asimilabile: – aminoacizi, acizi graşi şi glicerină, monozaharide

Absorbţia se realizează: – slab la nivelul cavităţii bucale

– la nivelul stomacului (pentru alcool şi unele medicamente)

– la nivelul intestinului gros pentru apă, săruri minerale, vitamina K

– la nivelul intestinului subţire – monozaharidele la nivelul jejunului, glicerina şi acizii graşi în prima porţiune a intestinului subţire, aminoacizii în tot intestinul subţire.

În urma acestor procese chilul intestinal lichid este transformat în masa fecaloidă ce conţine 90% resturi alimentare, 10% mucus, epitelii, leucocite, bacterii, care se elimină prin procesul de defecaţie.

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAŢIEI; MĂSURI DE PREVENIRE A BOLILOR DIGESTIVE

Măsuri de profilaxie primară	– vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire. – constă în: – *dispensarizarea* persoanelor cu risc crescut, persoane cu teren ulceros (descendenţi din familii, în care unul sau ambii părinţi au ulcer gastroduodenal). – *dispensarizarea* persoanelor *cu simptome nespecifice*. – educarea populaţiei privind *igiena buco-dentară* (dentiţie bună, care să asigure masticaţia).

	– *educarea* populaţiei privind *igiena alimentară*: – alimentaţie echilibrată cantitativ şi calitativ; – pregătirea alimentelor – fără excese de condimente, fierbinţi sau reci; – orarul alimentaţiei – mese regulate; – igiena psihonervoasă – servirea mesei în condiţii de retaxare nervoasă, ambianţă plăcută. – *educarea* populaţiei privind *abandonarea obiceiurilor dăunătoare:* – alcoolismul, fumatul care favorizează apariţia bolii stomacului, ficatului.
Profilaxia secundară	– urmăreşte, prin măsurile luate, ca în evoluţia bolilor digestive deja existente să nu apară complicaţii grave. Se realizează prin dispensarizarea bolnavilor digestivi (bolnavi cu ulcer gastric sau duodenal, hepatită cronică).
Profilaxia terţiară	– se realizează prin acţiuni destinate diminuării incapacităţilor cronice de reeducare a invalidităţilor funcţionale ale bolnavilor (gastrectomie, gastrostomie, anus iliac).

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A APARATULUI DIGESTIV ŞI GLANDELOR ANEXE

Examen fizic	– Se realizează prin: – inspecţie – se apreciază aspectul general al pacientului, starea de denutriţie, caşexie, paloarea tegumentelor, mărirea de volum al abdomenului – palpare – pune în evidenţă sediul durerii, accentuarea sau reducerea ei la compresiune; apărarea musculară – auscultaţie – evidenţiază zgomotele intestinale, prezenţa clapotajului – percuţie – pune în evidenţă meteorismul abdominal; volumul ficatului
Examene de laborator	Sângelui: – pentru explorarea ficatului – pentru explorarea pancreasului Sucului gastric – pentru cercetarea DAB, DOB, DAH, DOH Secreţiei pancreatice Bilei Materiilor fecale Urinei

Examene radiologice	*radiografia abdominală* de ansamblu (indicată în abdomenul acut) *radioscopia esogastrointestinală* *irigoscopia* *colecistografia* *colangiografia*
Examene cu izotopi radioactivi	*scintigrama hepatică* *examenul digestiei – absorbţiei* – cu substanţe marcate cu izotopi radioactivi
Examene endoscopice	*esofagoscopia* *gastroscopia* *colonoscopia* *rectoscopia* *anuscopia* *laparoscopia*
Ecografia abdominală	– examenul cavităţii abdominale, ficatului, pancreasului cu ajutorul ultrasunetelor
Puncţii	– puncţia hepatică pentru recoltarea unui fragment de ţesut pentru examen histopatologic – puncţia abdominală pentru evidenţierea prezenţei lichidului de ascită şi examenul de laborator
Tuşeu rectal	– evidenţiază durere în fundul de sac Douglas (în apendicită) – evidenţiază prezenţa sângelui pe degetul de mănuşă (melenă)
Reacţii cutanate	– reacţia Cassoni pentru diagnosticul chistului hidatic hepatic

MANIFESTĂRI DE DEPENDENŢĂ (SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE)

Tulburări de salivaţie	– *hipersalivaţia* – ptialism, – sialoree. Saliva se revarsă în afara cavităţii bucale (se întâlneşte în stomatite şi stenoză esofagiană) – *hiposalivaţia* – asialie, este cauzată de deshidratare, intoxicaţie cu Beladonă
Disfagie	– senzaţia pacientului „de oprire a alimentelor" – cauze: – tumori, stricturi ale esofagului – spasm esofagian; cancer esofagian – se asociază cu dureri retrosternale, leziuni ale mucoasei, regurgitaţii, disfonie, scădere ponderală
Anorexie	– întâlnită în cancerul gastric, hepatic şi în duodenite şi gastrite – poate fi selectivă pentru carne şi grăsimi

Greţuri, vărsături	– în bolile digestive pot fi: – precoce, după mese întâlnite în ulcerul gastric – tardive la 2–4 ore după masă în ulcerul duodenal – conţinut alimentar în gastrite, boala ulceroasă – conţinut alimentar vechi (alimente ingerate cu 24–48 ore înainte) în stenoza pilorică – conţinut biliar – în dischineziile biliare – conţinut sanguin – hematemeză – în complicaţiile bolii ulceroase, cancer gastric
Durere	– Localizare – epigastrică postprandială sau nocturnă întâlnită în ulcerul gastroduodenal – retrosternală în bolile esofagului – hipocondrul drept în colecistită – flanc stâng, drept în cancer de colon – abdominală difuză în rectocolită – fosa iliacă dreaptă, în apendicită – supraombilical, hipocondrul stâng – în bară în pancreatită – Iradiere – în spate, în ulcerul gastroduodenal – în umărul drept, în litiaza veziculară – Manifestare – ca un „pumnal" în cazul perforaţiilor – foame dureroasă în boala ulceroasă – de intensitate crescută – colică, biliară, apendiculară, intestinală – Ritmicitate – marea periodicitate (durerea apărută toamna şi primăvara) – mica periodicitate (imediat după mese sau la 2–4 ore) în ulcer gastric sau duodenal – Factori care ameliorează durerea: – alimentaţia în boala ulceroasă – eliminarea scaunului în colite – tenesme, senzaţie imperioasă de defecare întâlnite în procesele rectosigmoidiene
Regurgitaţie	– reflux alimentar din esofag sau stomac, în cavitatea bucală – este însotit de arsură retrosternală – survine mai frecvent în hiperaciditate gastrică
Eructaţie	– evacuarea pe gură a gazelor din stomac sau din esofagul inferior. Este întâlnită în aerofagie, la persoanele care mănâncă repede
Pirozis	– arsură retrosternală care uneori înlocuieşte durerea are caracter ritmic şi periodic (cauza fiind hiperaciditatea)
Meteorism	– acumularea gazelor în intestin, este întâlnită în colite, colecistite, ciroză hepatică

Diaree sau constipaţii	– diaree acută de cauze infecţioase, cronică întâlnită în colita ulceroasă – perioade alternante de diaree şi constipaţie întâlnite în cancerul de colon – constipaţia determinată: – repaus prelungit la pat – procese stenozante – cancer de colon – afecţiuni anale – hemoroizi – ca efect secundar al unor medicamente – Tenesme rectale
Melenă	– hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin scaun, întâlnită în ulcerul hemoragic, ciroză hepatică cu varice esofagiene (scaun negru lucios ca păcura)
Rectoragie	– hemoragie la nivelul ultimei porţiuni a tubului digestiv. Sângele este roşu şi acoperă scaunul.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI DIGESTIVE TRATATE MEDICAL

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU STOMATITĂ

Stomatitele sunt inflamaţii ale mucoasei bucale. Ele apar din cauze diferite: infecţii virale sau bacteriene, în cursul unor boli (pelagra, scorbut, leucemie), în intoxicaţii cu plumb, mercur şi arsenic.

Culegerea datelor	• *circumstanţe de apariţie:* – persoane care au în antecedentele personale pelagra, leucemie – persoane cu carenţe vitaminice şi scădere a imunităţii – persoane care lucrează în industria vopselelor, lacurilor, în medii cu arsenic, mercur • *manifestări de dependenţă:* – alterarea mucoasei cavităţii bucale, roşeaţă, ulceraţii, leziuni necrotice – arsură în cavitatea bucală – dureri la masticaţie, la deglutiţie – salivaţie abundentă – miros neplăcut al gurii – gingivoragii – uneori febră şi alterarea stării generale

Obiective	– pacientul să prezinte stare de bine – pacientul să se poată alimenta şi hidrata fără dificultate – pacientul să prezinte temperatura corporală în limita normală
Problemele pacientului	– alterarea integrităţii mucoasei bucale – alterarea confortului fizic – risc de suprainfecţii
Intervenţii	– efectuează spălături bucale, gargarisme, cu apă bicarbonatată 2–3% sau infuzie de muşeţel în stomatita ulceroasă sau badijonări cu $ZnCl_2$ 5%, în stomatita infecţioasă – hidratează pacientul cu lichide prin tub de sucţiune în primele zile de boală – alimentează pacientul cu piureuri, supe pasate, iar în zilele următoare, recomandă pacientului alimentaţie completă, la temperatura corpului, fără condimente – educă pacientul să excludă factorii care favorizează alterarea integrităţii mucoasei bucale (alcoolul, fumatul, protezele dentare neadaptate) – verifică înţelegerea sfaturilor – administrează tratamentul antiinfectios recomandat de medic – respectă măsurile de prevenire a suprainfecţiilor (veselă şi tacâmuri proprii, obiecte de toaletă individuale) – utilizează instrumentar de unică folosinţă în aplicarea tratamentelor locale – supraveghează şi notează temperatura corporală, informând medicul în cazul modificărilor acesteia

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU BOALĂ ULCEROASĂ

Boala ulceroasă este o ulceraţie pe stomac (pe mica, marea curbură, antrul pilonic), pe porţiunea inferioară a esofagului sau pe duoden. Boala interesează întregul organism. Ulceraţia e favorizată de secreţia gastrică crescută de HCl şi aproape întotdeauna de infecţia locală cu *Helicobacter pylori*.

Este cea mai frecventă boală digestivă, fiind corelată cu condiţiile geografice (zone industrializate) şi condiţiile de stres.

Localizarea ulcerului pe duoden este mai frecventă decât locallizareagaştrică.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – persoane cu orar neregulat de alimentaţie, exces de condimente, alcool şi tutun – persoane cu teren ereditar – persoane cu stres fizic şi psihic – persoane cu tratamente cronice cu aspirină, corticoizi, antiinflamatoare nesteroidiene – frecvenţa mai mare la bărbaţi – incidenţa maximă la persoanele cu vârsta între 55–60 ani, pentru localizarea gastrică a ulcerului ● *manifestări de dependenţă (semne şi simptome):* – durere epigastrică care apare la 2–3 ore după mese (mică periodicitate), care se calmează după alimentaţie – durerea apare în pusee dureroase, toamna şi primăvara (marea periodicitate), urmate de perioade de remisiune – pirozis – vărsături postprandiale – scădere ponderală – astenie
Problemele pacientului	– disconfort abdominal cauzat de durere – anxietate – deficit de volum lichidian – risc de complicaţii: – hemoragie digestivă superioară (hematemeză şi/sau melenă) – perforaţie – stenoză pilorică – malignizare (îndeosebi pentru ulcerul gastric)
Obiective	– pacientul să prezinte stare de confort fizic şi psihic – prelungirea perioadelor de remisiune – pacientul să se alimenteze corespunzător perioadei de evoluţie a bolii, nevoilor sale calitative şi cantitative – pacientul să fie conştient că prin modul său de viaţă, de alimentaţie, poate preveni apariţia complicaţiilor

Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul fizic şi psihic al pacientului (12–14 ore/zi repaus la pat, repaus obligatoriu postprandial) în perioada dureroasă – asigură dieta de protecţie gastrică individualizată în funcţie de fazele evolutive ale bolii, alimentaţia fiind repartizată în 5–7 mese/zi, astfel: – în faza dureroasă – supe de zarzavat strecurate, lapte îndoit cu ceai, la care treptat se adaugă supă cremă de zarzavat, piure de zarzavat, sufleuri, soteuri, brânză de vaci, pâine veche, făinoase fierte în lapte şi apoi – carne fiartă de pasăre sau vită – în faza de acalmie sunt permise: laptele dulce, făinoase fierte în lapte, ou fiert moale sau sub formă de ochi românesc, carne de vită sau pasăre fiartă sau la grătar, pâine veche de o zi, supe de zarzavat, legume sub formă de piureuri, sufleuri, biscuiţi, prăjituri de casă, fructe coapte – următoarele alimente sunt interzise: laptele bătut, iaurtul, carnea grasă, legumele tari (varză, castraveti, fasole), pâinea neagră, cafeaua, ciocolata, supele de carne, sosuri cu prăjeli, alimente reci sau fierbinti – pregăteşte pacientul fizic şi psihic pentru explorări funcţionale şi îi îngrijeşte după examinare (examenul radiologic cu sulfat de bariu, fibroscopie esogastroduodenală cu biopsie, chimism gastric, recoltează materiile fecale pentru proba Adler – administrează medicaţia prescrisă respectând ritmul şi modul de administrare: medicaţia antisecretoare înaintea meselor, medicaţia antiacidă şi alcaninizantă la 1–2 ore după mese: pentru a evita recidivele este necesară eradicarea germenului *Helicobacter pylori* prin administrarea unui antibiotic adecvat – supraveghează pulsul, TA, apetitul, semnele de deshidratare, scaunul, greutatea corporală şi le notează în foaia de observaţie – face bilanţul zilnic intre lichidele ingerate şi cele excretate – pregăteşte pacientul preoperator, când se impune necesitatea operaţiei chirurgicale – educă pacientul pentru a recunoaşte semnele complicaţiilor (scaunul melenic, caracterul durerii în caz de perforaţie vărsăturile alimentare cu conţinut vechi în caz de stenoză pilorică) – educă pacientul pentru a respecta alimentatia recomandată şi renunţă la obiceiurile dăunătoare (alcool, tutun)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ENTEROCOLITĂ

Enterocolitele sunt inflamaţii simultane ale mucoasei intestinului subţire şi colonului. Enterocolita infecţioasă este o inflamaţie a mucoasei cauzată de o bacterie, de un virus sau de un parazit. Contaminarea se face prin ingestia alimentelor infectate sau prin transmisia între indivizi.

Culegerea datelor	• *circumstanţe de apariţie:* – persoane care au consumat alimente contaminate cu *Proteus salmonella* şi *Shigella Escherichia coli* • *manifestări de dependenţă:* – greaţă, inapetenţă, cefalee, nelinişte – dureri abdominale, balonare, vărsături alimentare – scaune lichide sau sangvinolente 5–10–30/zi – tenesme, febră, frisoane
Problemele pacientului	– deshidratare – disconfort abdominal – hipertermie – riscul răspândirii infecţiei
Obiective	– pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic – pacientul să prezinte stare de confort fizic – pacientul să prezinte temperatura corporală în limitele normale – pacientul să nu devină sursă de infecţie pentru alte persoane
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul fizic şi psihic al pacientului – menţine igiena tegumentelor, a lenjeriei – reechilibrează hidroelectrolitic pacientul prin regim hidric 24-48 ore (apă şi zeamă de orez); apoi regim alimentar de tranziţie: orez fiert în apă, supă de zarzavat sărată, brânză de vaci, carne fiartă, pâine prăjită, ou fiert moale, piureuri, soteuri; după 8–10 zile se pot introduce laptele şi mezelurile – supraveghează scaunul – frecvenţa, consistenţa – recoltează scaunul pentru examenul bacteriologic, sânge pentru cercetarea ionogramei – supraveghează semnele de deshidratare: piele uscată, oligurie, tahicardie şi HTA – supraveghează durerile abdominale şi caracteristicile lor – recomandă pacientului poziţia antalgică pentru diminuarea durerilor – administrează tratamentul antispastic şi antiinfecţios recomandat de medic – respectă măsurile de prevenire a infecţiilor nosocomiale

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU RECTOCOLITĂ HEMORAGICĂ

Rectocolita hemoragică este reprezentată de existența unor leziuni cu caracter ulcerativ purulent localizate în regiunea rectosigmoidiană, dar în 30% din cazuri, poate cuprinde colonul în întregime. Boala evoluează în pusee, cu perioade de liniște relativă. Îngrijirea intraspitalicească se asigură în timpul puseelor acute.

Culegerea datelor	• *circumstanțe de apariție:* – persoane cu vârste cuprinse între 24–45 ani – etiologie neprecizată – frecvent boală familială • *manifestări de dependență:* – scaune diareice, până la 20/zi, de cele mai multe ori mucosanguinolente – dureri abdominale, tenesme, jenă permanentă în regiunea anorectală – febră, scădere ponderală – astenie, paloare
Problemele pacientului	– alterarea eliminărilor intestinale – disconfort abdominal – hipertermie – deshidratare – anxietate – risc de alterare a stării generale, cauzată de hemoragii și perforații ale colonului
Obiective	– pacientul să prezinte stare de bine fizic – pacientul să prezinte eliminări intestinale normale – pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și să aibă o alimentație de cruțare a intestinului în fazele acute – să diminueze anxietatea pacientului, să se prelungească perioadele de liniște
Intervenții	Asistenta: – asigură repausul fizic și psihic al pacientului în perioadele evolutive – pregătește pacientul pentru examenul endoscopic și radiologic și-l îngrijește după examinare – asigură alimentația pacientului; în perioadele acute – regim hidric, apoi supe de zarzavat îmbogățite cu griș și orez, brânză de vaci, ouă moi, carne fiartă, piure de morcovi, sarea fiind permisă – în caz de denutriție, regimul este hipercaloric

	– reechilibrarea hidroelectrolitică se realizează prin transfuzii de sânge integral sau plasmă hidrolizată de proteine, soluție Ringer – supraveghează scaunul pacientului și caracteristicile acestuia, și notează în foaia de temperatură – monitorizează pulsul, TA, le notează în foaia de temperatură – evaluează semnele de deshidratare și informează medicul când constată prezența lor – recoltează sânge, materii fecale, urină, pentru examenele de laborator – administrează medicația prescrisă antiinflamatoare, antiinfecțioasă, simptomatică (corticoterapie, salazopirină, antispastice) și urmărește efectele acestora – aplică tratamentul radioterapic când acesta este recomandat, ca și tratamentul local – clisme medicamentoase cu colizon, tanin – furnizează pacientului cunoștințele necesare pentru îngrijirea sa la domiciliu, care să asigure prelungirea perioadelor de liniște – pregătește pacientul pentru intervenția chirurgicală, când se impune necesitatea acesteia – psihoterapia este foarte utilă pentru a diminua anxietatea pacientului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU CIROZĂ HEPATICĂ

Ciroza hepatică este o suferință cronică a ficatului, cu evoluție progresivă, caracterizată prin dezorganizarea arhitecturii hepatice, țesutul conjunctiv structurându-se în benzi de scleroză. Hepatitele acute cu virus B și C pot determina hepatite cronice, care apoi degenerează în ciroza hepatică.

Culegerea datelor	● *circumstanțe de apariție:* – persoane cu hepatită virală tip B, C, D în antecedente – persoane consumatoare de alcool – persoane cu tulburări metabolice (diabet zaharat, supra- și subalimentație) – persoane tratate cu medicație hepatotoxică – suferinzi ai unor obstrucții cu infecții în teritoriul căilor biliare, care determină proliferarea țesutului conjunctiv – femeile la menopauză, tinerii, cauzele fiind necunoscute ● *manifestări de dependență:* – în perioada de debut: fatigabilitate, depresie, scăderea capacității de efort, inapetență, grețuri, balonare postprandială

	– în perioada de stare: steluţe vasculare, eritem palmar, limbă lucioasă roşie, icter, edeme, ascită, scădere marcată în greutate, ginecomastie, somnolenţă, comă (encefalopatie portală)
Problemele pacientului	– disconfort abdominal – deficit de volum rahidian lichidian. – lipsa autonomiei în îngrijirile personale – risc de alterare a integrităţii tegumentelor – risc de complicaţii: – ascita – hemoragii epistaxis – hemoragie digestivă superioară – comă hepatică
Obiective	– pacientul să prezinte stare de confort fizic şi psihic – pacientul să se poată alimenta, să-şi menţină starea de nutriţie şi echilibrul hidroelectrolitic – tegumentele să fie curate, integre, fără leziuni de grataj – pacientul să cunoască modul de viaţă, de alimentaţie, să se poată autoîngriji – pacientul să fie ferit de complicaţii
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul la pat 16–18 ore/zi în decubit dorsal sau în poziţia adoptată de pacientul cu ascită masivă, care să-i faciliteze respiraţia – reduce la maxim efortul fizic al pacientului prin deservirea acestuia la pat, pentru a-i conserva energia – menţine igiena tegumentară, a lenjeriei şi a mucoaselor; îngrijeşte cavitatea bucală, îndeosebi în caz de gingivoragie şi gust amar – recoltează sânge, urină, pentru examenul de laborator în vederea evaluării funcţiei hepatice – supraveghează scaunul, urina (cantitatea şi culoarea), icterul tegumentar, greutatea corporală şi le notează în foaia de temperatură – hidratează, pe cale orală, pacientul când este permis, şi pe cale parenterală în celelalte situaţii, cu soluţii de glucoză tamponată cu insulină – alimentează pacientul cu produse lactate, zarzavaturi, fructe fierte, coapte, supe, piureuri de zarzavat. Alimentele sunt desodate

	– educă pacientul şi antrenează familia pentru a respecta alimentaţia şi normele de viaţă impuse, în funcţie de stadiul bolii – respectă normele de prevenire a infecţiilor nosocomiale, având în vedere receptivitatea crescută a pacientului la infecţii – pregăteşte pacientul şi materialele necesare pentru puncţia abdominală exploratoare sau evacuatoare (dacă este cazul) şi îngrijeşte pacientul după puncţii – supraveghează comportamentul pacientului şi sesizează semnele de agravare a stării sale, sesizează apariţia semnelor de insuficienţă hepatică – administrează medicaţia hepatoprotectoare, corticoterapia şi medicaţia calmantă a pruritului, când este cazul – pregăteşte pacientul în vederea intervenţiei chirurgicale pentru transplant hepatic, la indicaţia medicului.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ALE CĂILOR BILIARE

Angiocolecistitele sunt inflamaţii ale căilor biliare extrahepatice şi/sau intrahepatice fără afectarea vezicii biliare.

Colecistitele sunt inflamaţii ale vezicii biliare acute sau cronice.

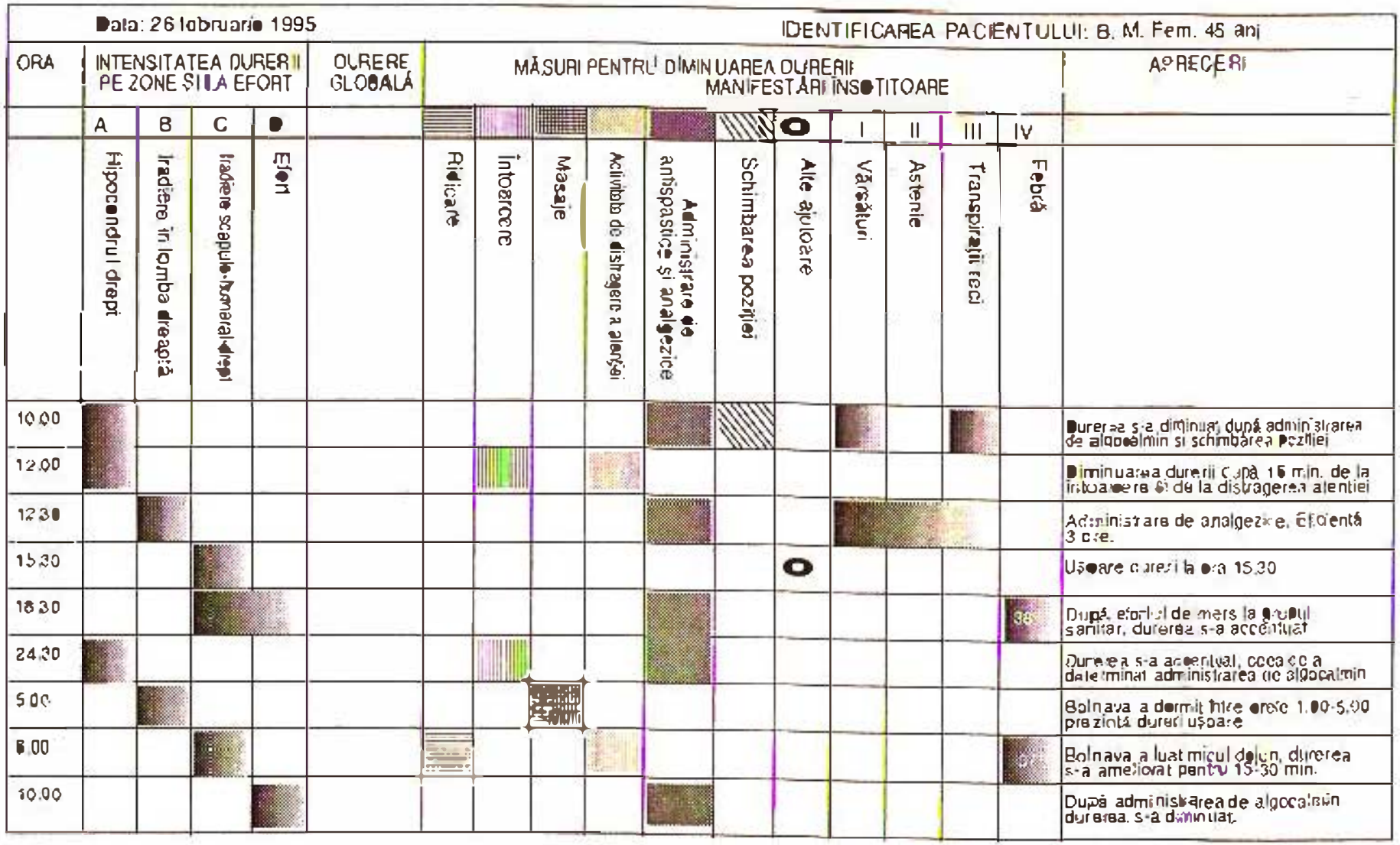
Diskineziile biliare sunt tulburări funcţionale ale căilor biliare extrahepatice cu sau fără modificări organice locale. Se pot manifesta sub formă de hiper- sau hipokinezie.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – incidenţa maximă la femeie între 30-50 ani, care prezintă malformaţii congenitale, litiază biliară – paciente cu tulburări neuroendocrine ● *manifestări de dependenţă:* – în angiocolecistită, febră 39–40°C, frison, dureri colicative, subicter sau icter la 1–2 zile după debut – în colecistitele acute – frison, febră 39–40°C, stare generală alterată, durere intensă în hipocondrul drept, cu iradiere în umărul drept sau în spate, vărsături biliare, icter – în diskinezia biliară hipokinetică – greţuri, vărsături biliare, constipaţii, depresii, inapetenţă, senzaţie de plenitudine în hipocondrul drept – în diskinezia biliară hiperkinetică – dureri repetate sub formă de colici în hipocondrul drept

Problemele pacientului	– alterarea confortului – hipertermie – risc de deshidratare – anxietate
Obiective	– ameliorarea confortului fizic şi psihic al pacientului – echilibrarea hidroelectrolitică – combaterea hipertermiei
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul fizic, psihic şi alimentar în perioada acută a bolii – supraveghează vărsăturile cantitativ şi calitativ şi notează în foaia de temperatură – reechilibrează hidroelectrolitic pacientul cu perfuzii intravenoase cu ser fiziologic, glucoză 5%, bicarbonat de sodiu, după datele ionogramei – asigură alimentaţia: în perioadele dureroase – regim hidric îmbogăţit cu făinoase, supe de zarzavat, apoi brânză de vaci, carne fartă de pui sau de vită. În perioadele de linişte sunt contraindicate alimentele grase: carnea, şunca, mezelurile, prăjelile, conservele – pregăteşte pacientul pentru examenele radiologice şi ecografice în vederea stabilirii diagnosticului. Examenul radiologic şi tubajul duodenal se fac după ce au cedat fenomenele acute – recoltează sânge pentru examene de laborator: VSH, hemo grama, bilirubina – administrează tratamentul antispastic (papaverină, scobutil, atropină), antiemetic şi antiinfecţios neopiaceu (ampicilină, gentamicină) prescris de către medic – supraveghează durerea, notând caracteristicile ei şi mijloacele nefarmacologice (punga cu gheaţă) folosite pentru diminuarea ei *(vezi protocolul pentru observarea durerii)* – monitorizează temperatura corporală, pulsul şi tensiunea – instruieşte pacientul privind regimul de viaţă după externarea din spital, îl învaţă să-şi prepare alimentele numai prin tehnici simple (fierbere, frigere, înăbuşire) şi să evite excesele alimentare – pregăteşte psihic, pacientul în vederea actului chirurgical, atunci când medicul hotărăşte această conduită terapeutică

Protocol pentru observarea durerii/24 h

Diagnosticul medical: colecistită acută



ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PANCREATITĂ ACUTĂ

Pancreatita acută reprezintă inflamaţia acută a pancreasului. Enzimele eliberate interstiţial provoacă autolezarea pancreasului. Evoluţia este variabilă şi, iniţial, dificil de prevăzut. Forma acută cataralâ survine în cursul bolilor infecţioase. Cea mai severă este forma hemoragică necrotică, care este deseori letală.

Culegerea datelor	• *circumstanţe de apariţie:* – persoane cu afecţiuni ale căilor biliare, în special calculi biliari –alcoolici – persoane care prezintă infecţii (parotidită epidemică, hepatită virală) – persoane cu traumatisme pancreatice – persoane care au efectuat colangiu pancreatografie endoscopică – pacienţii trataţi cu glucocorticoizi • *manifestări de dependenţă, semne şi simptome:* – debut brusc, cu dureri violente, constante, în abdomenul superior, deseori în centură, iradiind în spate – greţuri, vărsături, meteorism abdominal – retenţie de fecale şi gaze – febră, tahicardie – rareori ascită, revărsat pleural
Problemele pacientului	– disconfort abdominal – alterarea eliminării intestinale – risc de deshidratare – hipertermie – risc de şoc hipovolemic
Obiective	– să se amelioreze durerile abdominale – pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic – pacientul să prezinte eliminări intestinale normale
Intervenţii	Asistenta: – asigură repaus la pat post alimentar şi de lichide – aplică punga cu gheaţă în regiunea epigastrică – aplică la indicaţia medicului, substituţia volemică parenterală (glucoză 5%, soluţie Ringer)

	– reia alimentarea pe cale naturală după 3–10 zile de la încetarea durerilor, cu 400–500 ml ceai/24 ore, supă de zarzavat strecurată, biscuiți, apoi regimul se îmbogățește treptat, cafeaua, alcoolul, grăsimile fiind interzise – administrează tratamentul prescris antialgic, antiinflamator, antihemoragic, antienzimatic – urmărește raportul ingestia/excreta – monitorizează semnele vitale, presiunea venoasă centrală – instalează sonda vezicală permanentă și urmărește diureza – introduce sonda gastrică pentru aspirație continuă – recoltează produse (sânge, urină) pentru cercetarea glicemiei, amilazemiei, ureei, creatininei, testelor de coagulare și amilazuriei – pregătește pacientul pentru ecografie, radioscopie toracică – pregătește pacientul pentru interventia chirurgicală, dacă medicul decide aceasta – educă pacientul să evite prânzurile copioase, alcoolismul, să combată obezitatea și să facă tratamentul corect în cazul tuturor infecțiilor

PARTICULARITĂȚI PRIVIND PREGĂTIREA PREOPERATORIE ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE ASUPRA APARATULUI DIGESTIV

Probleme	– durere – grețuri, vărsături, stare de denutriție (cancer esofagian, gastric, stenoză pilorică) – stare de disconfort determinată de icter, prurit (colecistită litiazică) – eliminări sanguine sub formă de hematemeză, melenă sau rectoragie – constipație alternând cu diaree – disconfort anal (senzație de golire incompletă a rectului după scaun) în cazul hemoroizilor – risc de dezechilibru hidroelectrolitic, anemie

Obiective	– pacientul să aibă stare de bine psihic şi fizic – pacientul să fie informat asupra necesităţii actului operator şi să-l accepte – să fie echilibrat respirator şi circulator – să nu prezinte semne de deshidratare – să aibă o bună pregătire preoperatorie
Intervenţii	– *pentru pacienţii denutriţi, cu dezechilibru hidroelectrolitic şi volemic* (neoplasm, stenoză pilorică, abdomen acut, HDS): – reechilibrare hidroelectrolitică cu produse recomandate în funcţie de natura pierderilor – recoltarea produselor pentru examene de laborator (sânge, urină) – notarea zilnică a bilanţului ingesta/excreta, în funcţie de care medicul stabileşte reechilibrarea hidroelectrolitică – *golirea tubului digestiv:* – *în intervenţiile pe intestinul gros* se recomandă: – 4–6 zile regim alimentar nefermentescibil iar cu o zi înainte de intervenţie, regim hidric – administrare de purgative şi clismă evacuatoare înaltă – dezinfecţia intestinului se va face cu chimioterapice – în *intervenţiile pe stomac*, duoden, apendice, colecist cu o zi înaintea operaţiei regim hidric, cu 12 h înainte se întrerupe alimentaţia, seara şi dimineaţa se fac clisme evacuatoare. – în stenoza pilorică, cu trei-patru zile înaintea operaţiei se fac spălături gastrice – *pregătirea locală în cazul fistulelor* biliare, intestinale pentru reintervenţie chirurgicală: constă în spălarea tegumentelor din jur, urmate de pansament protector timp de două-trei zile înaintea intervenţiei

PARTICULARITĂŢI DE ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII ÎN INTERVENŢIILE CHIRURGICALE PE TUBUL DIGESTIV ŞI GLANDELE ANEXE

Probleme	– durere – imobilitate – alimentaţie inadecvată în deficit – anxietate – risc de complicaţii: vărsături, balonare, sughiţ, complicaţii pulmonare, eviscerаţie, tromboflebită

Obiective	– pacientul să prezinte „stare de bine", fără dureri – să fie echilibrat hidroelectrolitic, respirator şi circulator – să-şi recapete independenţa în mobilizare, să aibă o bună postură – pacientul să se poată alimenta pe cale naturală – plaga operatorie să se vindece fără complicaţii
Intervenţii	– poziţia pacientului după actul chirurgical este decubit dorsal, în seara zilei 0-poziţie Fowler – mobilizarea pacientului se face precoce, pasiv şi apoi activ pentru a preveni tromboflebita (se începe cu mobilizarea în pat apoi în poziţie şezând, pacientul ajutându-se de agăţătoarele fixate la pat). – alimentaţia postoperatorie se reia în funcţie de segmentul operat: – intervenţiile pe esofag – alimentaţia este parenterală, timp de câteva zile, se reia cu regim hidric, apoi semiconsistent, iar după 14 zile se ajunge la o alimentaţie completă – intervenţiile pe stomac – primele două zile alimentaţie pe cale parenterală, a treia zi regim hidric – (o linguriţă de ceai la 1–2 ore), a patra zi se măreşte cantitatea de ceai, se adaugă supă strecurată de zarzavat, în a cincea zi se introduce iaurtul, brânza de vacă, oul fiert moale, pâinea. După o săptămână alimentaţie completă pentru operaţia de ulcer – intervenţiile pe intestinul subţire – apendicectomie în ziua 0 alimentaţie pe cale parenterală, începând cu ziua 1 se reia alimentaţia treptat – regim hidric, hidrozaharat, lactat, în 5 zile se ajunge la alimentaţie completă – intervenţiile pe intestinul gros – o săptămână dietă hidrică fără reziduuri alimentare: ceai, supă strecurată după care se trece la alimente semisolide – în colecistectomie alimentaţia se reia ca şi în boala ulceroasă, excluzându-se grăsimile – intervenţii pentru combaterea unor complicaţii mai frecvente în intervenţiile chirurgicale pe tubul digestiv: – în caz de vărsături – se evacuează staza gastrică prin sondă, după care se face spălătură cu presiune redusă. Pe cale injectabilă se administrează Torecan – în caz de balonare se introduce tubul de gaze 20–30 minute sau se administrează Miostin intramuscular – în caz de sughiţ se aplică pungă cu gheaţă în regiunea epigastrică sau se injectează iv 20–60 ml de soluţie hipertonă de NaCl (20%)

	– pentru prevenirea complicatiilor pulmonare se face mobilizarea precoce, gimnastică respiratorie. Preoperator se vor trata infecţiile pulmonare existente – evisceraţia (se poate produce la sfârşitul primei săptămâni postoperatorii datorită tusei, strănutului, vărsăturii). Se previne prin comprimarea plăgii cu mâna în timpul acestor acte. – îngrijirea plăgii operatorii ca şi în alte tipuri de intervenţii chirurgicale. De menţionat tubul Kerr se scoate din coledoc la 12 zile de către medic în colecistectomie. În colostomie îngrijirea este descrisă în „Ghid de nursing" – în intervenţiile de hemoroizi se schimbă primul pansament sub anestezie, fiind foarte dureros. După fiecare scaun şi până la vindecare pacientul va face baie de şezut pentru igienă şi confort – educaţia pacientului pentru a păstra regimul alimentar la domiciliu în caz de gastrectomie, colecistectomie, gastrostomă şi colostomă (vezi „Ghid de nursing") şi „Tehnici de evaluare şi îngrijiri acordate de asistenta medicală".

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ABDOMEN ACUT CHIRURGICAL NETRAUMATIC

Abdomenul acut chirurgical netraumatic este reprezentat de totalitatea durerilor abdominale intense şi de durată cu debut brusc însoţite de tulburări locale şi generale care necesită intervenţie chirurgicală de urgentă (apendicita acută, ulcer gastric şi duodenal perforat, ocluzie intestinală, colecistită acută, pancreatită acută, litiază veziculară, peritonită acută, sarcină ectopică).

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – alimentaţie bogată în grăsimi, mese copioase (pancreatită acută, colecistită acută – eforturi fizice mari – persoane cu antecedente personale de boală ulceroasă, litiază biliară, dureri abdominale, femei cu amenoree ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – dureri – continue progresive – în inflamaţii (apendicită, colecistită, pancreatită, peritonită) – dureri colicative cu intervale nedureroase între ele (colică litiazică, ileus mecanic) – dureri supraacute cu ameliorare de câteva ore, apoi se asociază cu semne de peritonită în infarctul mezenteric – iradierea durerii poate fi în umărul drept, în colecistită sau în spate în pancreatită

	– contractură abdominală (apărare musculară) – vărsături alimentare sau biliare • frison – meteorism abdominal • stare de şoc • colaps – oprirea tranzitului intestinal pentru materii de fecale şi gaze (ileus)
Probleme	– durere abdominală – anxietate – imobilitate – risc de complicaţii: – deshidratare – alterarea gravă a respiratiei şi circulaţiei (şoc, colaps)
Obiective	– pacientul să-şi exprime diminuarea durerii – pacientul să fie echilibrat, fără semne de deshidratare, să se amelioreze funcţia respiratorie şi circulatorie – pacientul să înţeleagă necesitatea intervenţiei chirurgicale, să aibă încredere în echipa de îngrijire
Intervenţii	Asistenta: – suprimă alimentaţia pe cale naturală – transportă pacientul la spital în vederea stabilirii diagnosticului în timpul cel mai scurt – în spital asigură repausul la pat – participă la examenul clinic prin palpare, percuţie, inspecţie, examen rectal, examen ginecologic – recoltează sânge pentru hemoleucogramă, hematocrit, glicemie, ionogramă, rezervă alcalină, amilazemie, grup sanguin şi Rh – pregăteşte pacientul pentru radioscopia abdominală pe gol, dacă este posibil îl menţine în ortostatism pentru a pune în evidenţă eventualele niveluri de lichid – pregăteşte pacientul pentru electrocardiogramă (pentru a exclude diagnosticul de IMA) –pregăteşte pacientul pentru intervenţie chirurgicală de urgenţă la recomandarea medicului: – perfuzie intravenoasă cu solutii hidratante pentru corectarea volemiei şi combaterea acidozei – oxigenoterapie – aspiraţie gastrică – pregăteşte local tegumentele prin spălare şi dezinfecţie – pregăteşte instrumentarul în sala de operaţie pentru intervenţia chirurgicală.

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului renal

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE A APARATULUI RENAL

a) *Anatomia aparatului renal*

Fig. 29 (A şi B)

– rinichii – aşezaţi în cavitatea abdominală, retroperitoneal, în regiunea lombară, de o parte şi de alta a coloanei vertebrale

– nefronul este unitatea esenţială morfo-funcţională a rinichiului, alcătuit din glomerul şi tubul urinifer **Fig. 30**

– căile excretoare sunt alcătuite din:

– calicele renale

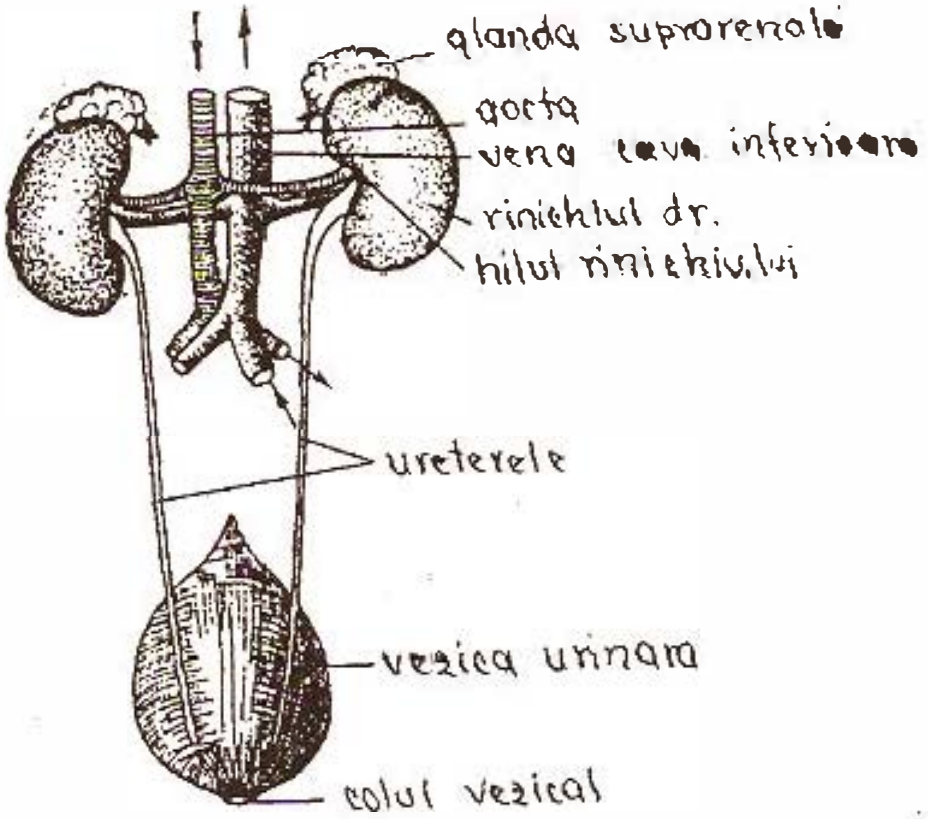


Fig. 29 A – ***Anatomia aparatului renal***

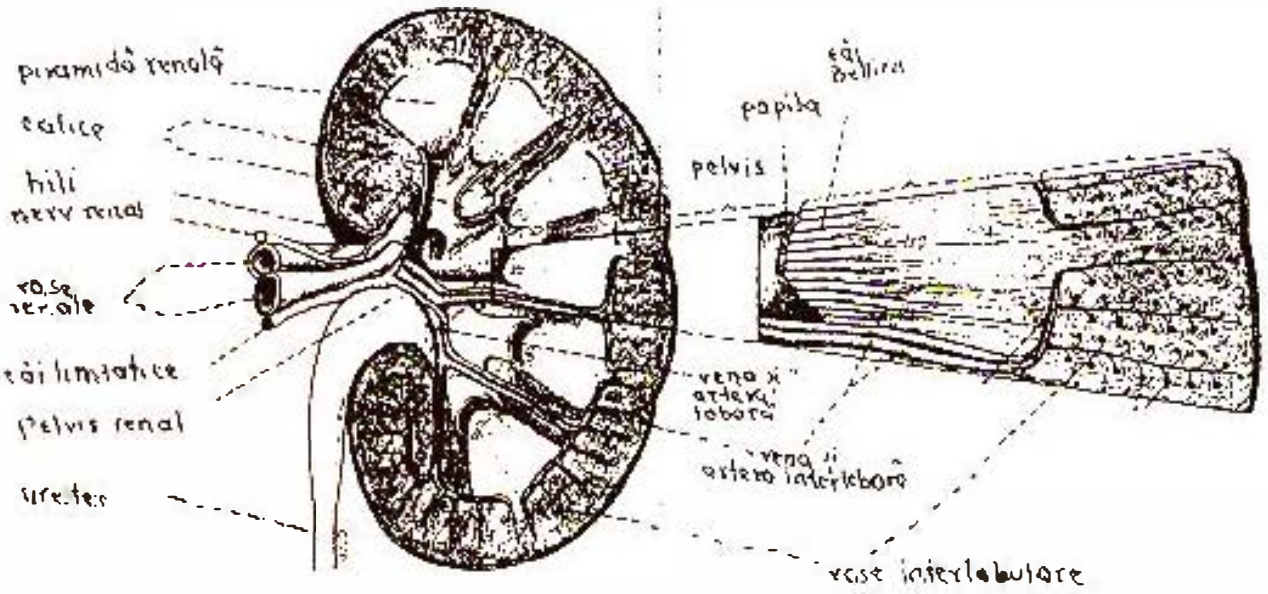


Fig. 29 B – *Structura rinichiului*

– bazinet (pelvis renal)
– ureterul
– vezica urinară
– uretra

b) *Fiziologia aparatului renal*

Fig. 31

– rinichii au rol în formarea urinei contribuind la menținerea homeostaziei prin:

– eliminarea catabolitilor
– menținerea concentratiei electrolitilor
– menținerea echilibrului acido-bazic
– menținerea presiunii osmotice
– menținerea izovolemiei (volum de lichid circulant)

– căile urinare – au rol în transportul urinei

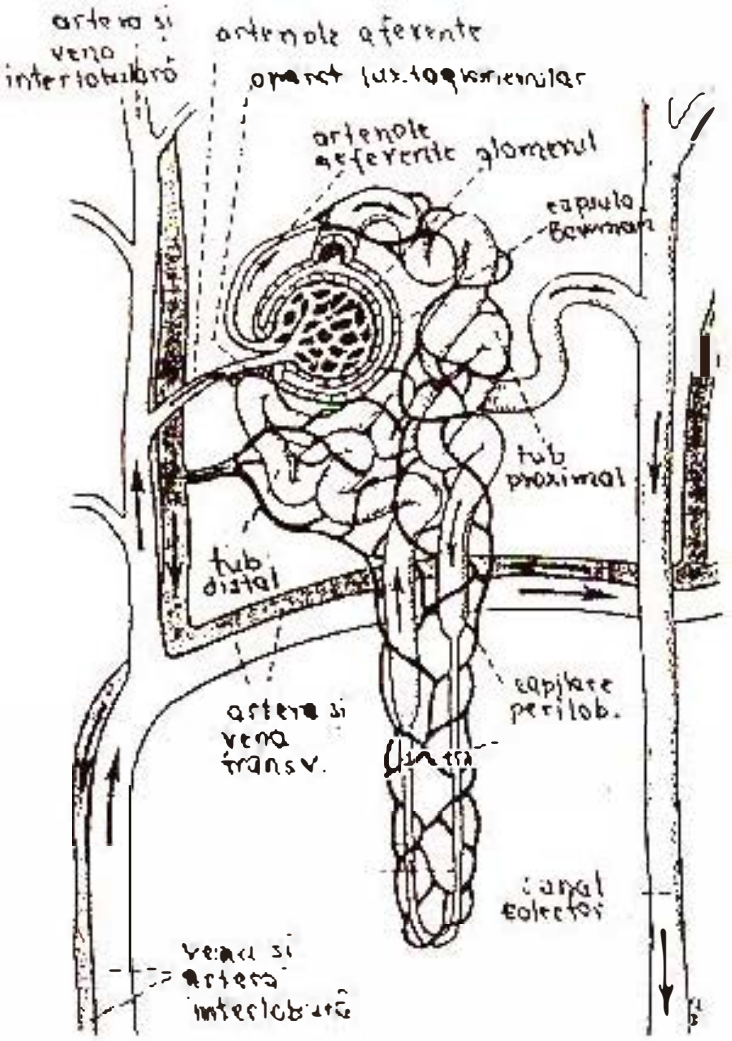


Fig. 30 – *Structura nefronului*

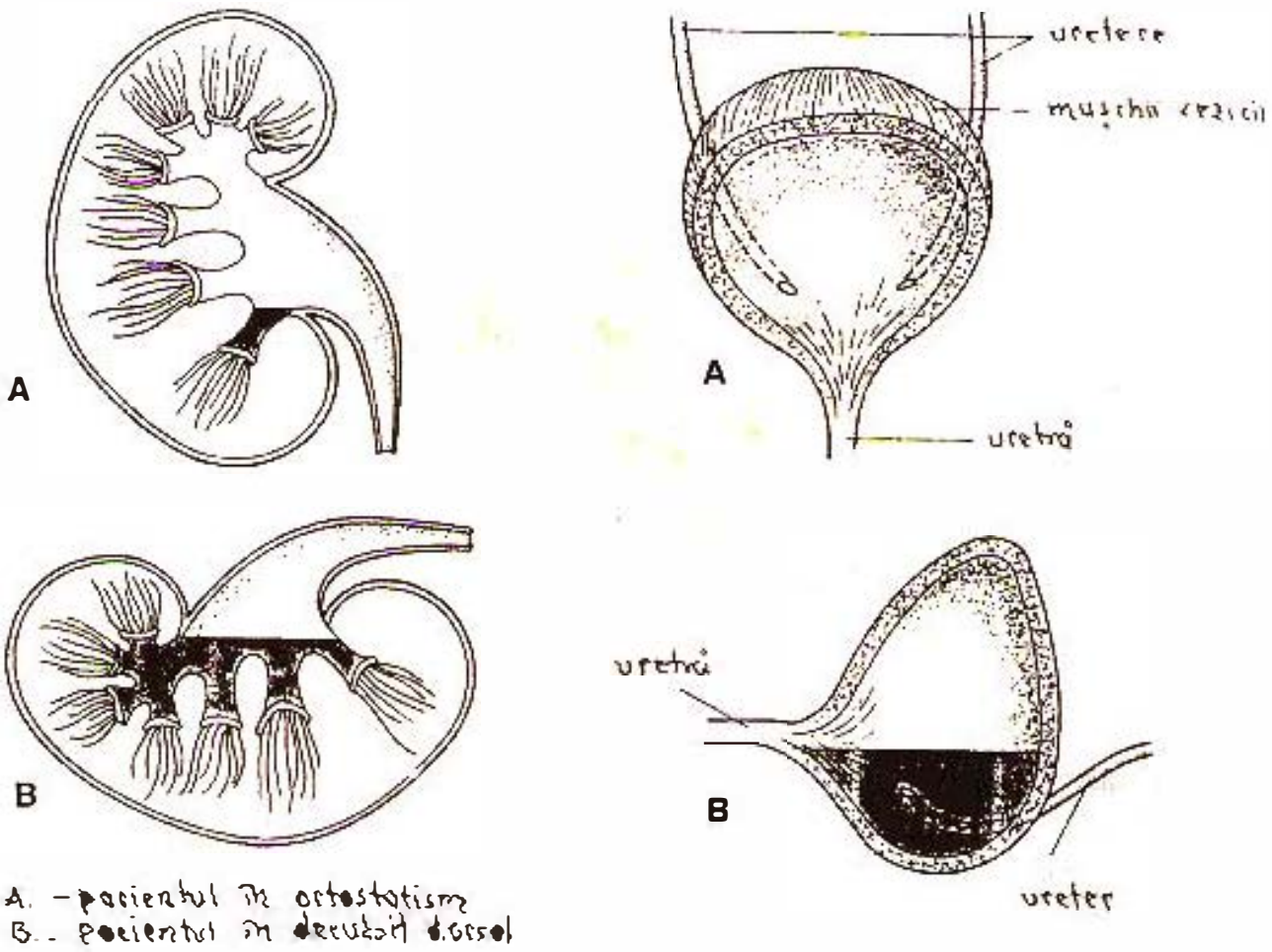


Fig. 31 – *Acumularea urinei în rinichi și vezica urinară*

EDUCAȚIA PACIENTULUI PENTRU MENȚINEREA UNEI ELIMINĂRI URINARE ADECVATE ȘI PREVENIREA AFECȚIUNILOR LA NIVELUL APARATULUI RENAL

– dobândirea obișnuințelor corecte de eliminare
– evitarea inhibării reflexului de micțiune (produce distensia vezicii urinare, stază urinară care favorizează formarea de calculi)
– asigurarea unui aport corespunzător de lichide
– evitarea consumului de medicamente cu efect diuretic sau nefrotoxice, fără prescripție medicală
– toaleta regiunii perineale pentru a evita pătrunderea microorganismelor în tractul urinar (infecție urinară)
– tratarea corespunzătoare a anginei streptococice (previne G.N.A.)
– evitarea aportului excesiv de săruri minerale (alimente, apă minerală)
– cunoașterea factorilor favorizanți în apariția și evoluția afecțiunilor renale: oboseala, frigul, umiditatea, traumatismele, agenții toxici, afecțiuni cardiovasculare

– creşterea tonusului muşchilor perineali şi abdominali prin exerciţii fizice pentru favorizarea contracţiilor vezicii şi a sfincterului extern al uretrei
– evitarea excesului de proteine şi sare care suprasolicită funcţional rinichiul.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A APARATULUI RENAL

a) *investigaţii radiologice*
- radiografie simplă
- pielografie
- urografie
- cistografie
- arteriografie

b) *examinări endoscopice*
- cistoscopia

c) *explorarea funcţională a aparatului renal*
– examenul urinei
- sumar-macroscopic
- microscopic-sediment (elemente figurate, cilindri, celule epiteliale)
- biochimic
- testul Addis-Hamburger

– examenul sângelui
- uree
- acid uric
- creatinina
- ionograma (Na, K, Ca, Cl)
- pH
- rezerva alcalină

– probe clearance
– explorarea secreţiei tubulare
- proba cu B.S.P.
- nefrograma
- scintigrafia renală
- probe cu indigo-carmin

– proba de concentraţie şi diluţie
– proba Zimnitki

d) *puncţia vezicală*

e) *sondajul vezical*

f) *puncţia biopsică*

Rolul asistentei în efectuarea acestor tehnici este prezentat în „Breviar de explorări funcţionale" şi „Tehnici de evaluare în practica asistenţilor medicali" de Lucreţia Titircă.

SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE ÎN AFECŢIUNILE RENALE

Durerea	– lombară – de origine renală – colica renală (litiaza renală) – necolicativă (G.N.A., TBC renal) – cistalgia – de origine vezicală (cistite, litiaza renală) – pelviperineală – în afecţiuni ale prostatei şi uretrei ● se va consemna: debutul, durata, intensitatea, iradierea, factori favorizanţi, factori de ameliorare, simptome de acompaniament.
Tulburări ale diurezei	– poliuria (efect al diureticelor, faza poliurică a I.R.A.) – anuria (I.R.A.) ● se va consemna cantitatea de urină/24 ore, raportată la ingestia de lichide
Tulburări în emisia urinei	– polakiuria (presiune a vezicii urinare) – disuria (inflamaţia uretrei, inflamaţia vezicii urinare, traumatisme) – retenţia urinară (după intervenţii chirurgicale) – incontinenţă urinară (insuficienţa sfincterului uretral) – nicturia (infecţii sau inflamaţii la nivelul tractului urinar) – enuresis (needucarea reflexelor de eliminare vezicală)
Modificări fizico-chimice ale urinei	– hematurie (microscopică, macroscopică; în afecţiuni parenchimatoase renale, traumatisme, calculi) – piurie (infecţii urinare) – albuminurie (G.N.A.) – scăderea densităţii urinare (G.N.A., scleroze renale, pielonefrita cr.)
Semne generale	– astenie – obosealã – paloare } I.R.A. – poziţie antalgică (colica renală)
Semne la nivelul diferitelor aparate	– greţuri – vărsături – deshidratare } I.R.A. – edeme (localizare, caracteristici) – alterarea stării de conştienţă, convulsii – tulburări respiratorii (polipnee) – modificări ale T.A. – dezechilibru hidro-electrolitic şi acido-bazic – hemoragii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INSUFICIENŢĂ RENALĂ ACUTĂ

I.R.A. – constă în suprimarea bruscă a funcţiei renale care determină acumularea de produşi metabolici în sânge.

Suprimarea funcţiei renale survine ca urmare a:

– reducerii filtratului glomerular
– reducerii permeabilităţii glomerulare
– obstrucţiei lumenului tubular
– creşterii reabsorbţiei tubulare

şi are consecinţă finală oligo-anuria, alterarea echilibrului hidro-electrolitic şi acido-bazic.

Culegerea datelor

● *circumstanţe de apariţie*

– reducerea aportului sanguin la rinichi (deshidratări, hemoragii, arsuri)
– diminuarea filtratului glomerular şi a capacităţii functionale (glomerulonefrita acută, leziuni ale vaselor rinichilor)
– necroză tubulară (intoxicaţii, şoc toxico-septic, nefropatii interstiţiale)
– obstructia căilor excretoare (litiază uretrală, tumori).

● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) **Fig. 32**

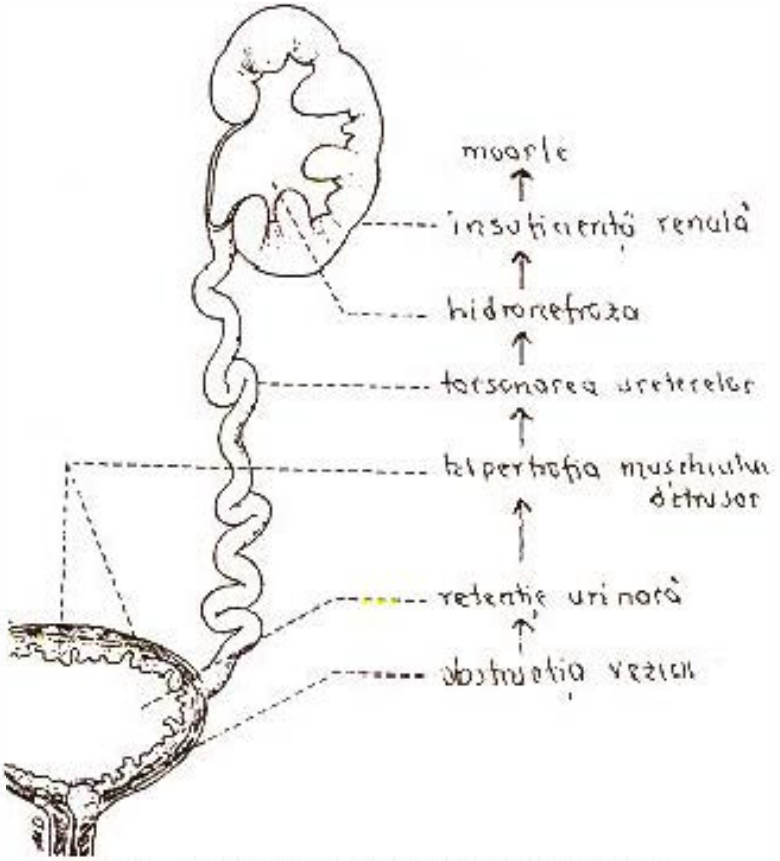


Fig. 32 – *Consecinţele obstrucţiei vezicale*

	– *tulburări cardiovasculare:* – *tahicardie, aritmii, edeme, creşterea T.A. (prin supraîncărcare hidrică pentru forţarea diurezei)* – *tulburări respiratorii:* – polipnee (prin acidoză) – *tulburări gastro-intestinale:* – vărsături, greaţă, anorexie – *tulburări neuropsihice:* – astenie, somnolenţă, stări de confuzie, comă – *tulburări hematologice:* – mici hemoragii cutanate şi la nivelul mucoaselor – *tulburări renale:* – oligo-anurie – *tulburări electrolitice:* – ureea sanguină } cresc proporţional cu agravarea – acid uric } funcţiei renale – creatinina sanguină – creşterea este paralelă cu cea a ureei arătând scăderea capacităţii de filtrare a nefronilor – hiperkaliemia – cu efecte asupra miocardului – hiponatriemia – este în funcţie de gradul de deshidratare a pacientului şi are efecte neurologice: convulsii, stări de confuzie – hipocalcemie – hiperfosfatemie – din cauza diminuării filtratului glomerular – *tulburări acido-bazice:* – acidoza metabolică – *dezechilibre hidrice:* – hiperhidratare intracelulară determinată de vărsături, tulburări de conştienţă – hiperhidratare extracelulară, cu risc de creştere a T.A., apariţia edemului cerebral **ATENŢIE!** – gruparea simptomelor se va face în funcţie de stadiul I.R.A. – faza de debut – în care predomină simptomele cauzelor declanşatoare – faza de oligo-anurie – în care predomină semnele de creştere a volumului extracelular, de retenţie azotată, semnele uremiei acute – faza poliurică – creşterea diurezei, eliminarea ureei urinare creşte, pot apărea tulburări hidro-electrolitice.
Problemele pacientului	– alterarea volumului lichidian: – în exces (actuală) – din cauza creşterii volumului extracelular sau a ingerării excesive de lichid – în deficit (potenţială) – legată de creşterea diurezei, vărsături

	– alterarea senzorială şi cognitivă – legată de tulburările hidro-electrolitice (hiponatriemia determină stare de confuzie, convulsii: hiperhidratarea intracelulară determină tulburări de conştientă) – potenţial de complicaţii – imobilizarea la pat poate duce la apariţia escarelor, tromboflebitelor – hiperhidratarea extracelulară prin forţarea diurezei sau aport excesiv de sare poate duce la HTA, edem cerebral, edem pulmonar acut – acidoza – determină tulburări respiratorii – alterarea nutriţiei: deficit – este legată de: prezenta vărsăturilor sau a creşterii diurezei – denutriţia rapidă prin hipercatabolism – alterarea perfuziei tisulare – legată de scăderea volemiei – alterarea integrităţii pielii şi mucoaselor – tulburările hemostazei duc la apariţia unor hemoragii la nivelul tegumentelor şi mucoaselor – deficit de autoîngrijire: – legat de starea de slăbiciune, oboseală
Obiective	Vizează: – evaluarea funcţiei renale actuale – înlăturarea cauzelor declanşatoare – corectarea dezechilibrului hidroelectrolitic – supravegherea funcţiilor vitale şi vegetative – prevenirea complicaţiilor – asigurarea nutriţiei adecvate – suport emoţional al pacientului şi familiei – educaţia pacientului
Intervenţii	– aplicarea măsurilor de urgenţă – asigurarea repausului la pat – recoltarea sângelui pentru examinări de laborator (pH, uree, rezervă alcalină, ionogramă, creatinină) – recoltarea urinei pentru examinări fizico-chimice – urmărirea respiraţiei (respiraţie Küssmaul în acidoză) – măsurarea T.A., puls, temperatură, respiraţie (febra şi polipneea pot creşte pierderile de apă) – efectuarea E.K.G. – pentru a observa apariţia schimbărilor tipice de hiperkaliemie – observarea semnelor de hipokaliemie (semnul Chvostek)

	– măsurarea greutăţii corporale – efectuarea bilanţului hidric (intrări-ieşiri) – observarea vărsăturilor (se pierd ioni de Na^+, K^+, Cl^- şi apă) şi combaterea lor – observarea apariţiei diareei (se pierd ioni de K^+) – observarea turgorului pielii – observarea semnelor şi simptomelor de infecţie – asigurarea unui mediu securitar – efectuarea îngrijirilor igienice şi servirea la pat cu ploscă, urinar – prevenirea complicaţiilor – aprecierea nivelului de conştienţă; orientarea pacientului în timp şi spaţiu – combaterea convulsiilor – suportul psihic al pacientului – corectarea dezechilibrelor hidro-electrolitice – restabilirea diurezei – îngrijiri care privesc manifestări adăugate – împiedicarea acumulării produşilor azotaţi în cazul anuriei şi asigurarea regimului dietetic – diminuarea catabolismului proteic prin epurare extrarenală hemodializată şi dializă peritoneală – educaţia pacientului: – explicarea cauzelor care au declanşat I.R.A. – explicarea dietei şi necesităţii restricţiei de lichide, sare – necesitatea îngrijirilor igienice riguroase – modul de prevenire a complicaţiilor – modul de administrare a medicamentelor (doză, orar, efecte secundare, reacţii adverse) – necesitatea controalelor medicale ulterioare – educarea familiei – referitor la sprijinul ce trebuie oferit pacientului. NOTĂ: Aceste intervenţii sunt detaliate în „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU INSUFICIENŢĂ RENALĂ CRONICĂ

Insuficienţa renală cronică (I.R.C.) survine ca urmare a alterării ireversibile a funcţiei renale.

În urma distrugerii unui număr mare de nefroni (prin ischemie, necroză, scleroză, inflamaţii în cursul unor afecţiuni renale) rinichiul nu mai poate răspunde necesităţilor funcţionale.

Apar astfel incapacitatea de a excreta produşi de metabolism şi de a reacţiona la excesul sau deficitul de lichide şi săruri.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – afecţiuni care distrug parenchimul renal, scad capacitatea funcţională a rinichiului: glomerulonefrita cronică, pielonefrita cronică, nefropatie diabetică, rinichi polichistic. ● *factori de acutizare a manifestărilor clinice* – efort fizic intens –dietă inadecvată: restricţie de apă şi sodiu nejustificate; aport de proteine necorespunzător valorilor creatininei, ureei – medicaţie nefrotoxică – reducerea volemiei (vărsături, diaree, diuretice în exces) – accidente cardiovasculare – H.T.A. – insuficienţă cardiacă ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – *tulburări neurologice de tip central şi periferic* – schimbări de comportament – alterarea nivelului de conştienţă – astenie, cefalee – crampe şi contracturi musculare – parestezii –convulsii –comă – *tulburări cardiovasculare* – H.T.A. – insuficienţă cardiacă –pericardite –aritmii – edeme – *tulburări osoase* – dureri osoase şi articulare – calcifieri osoase – deformări – fracturi – *tulburări digestive* – anorexie –greaţă – vărsături – H.D.S. –gastrite – stomatite – diaree sau constipaţie – *tulburări respiratorii* – respiraţie Cheyne-Stockes sau Küssmaul

	– *tulburări metabolice* – hiperlipidemie – hipelipoproteinemie – scăderea toleranței la glucide – *tulburări cutanate* – prurit, în special noaptea – leziuni de grataj – descuamări – zone de hiperpigmentare – *tulburări hematologice* – anemie – *tulburăti generale* – scăderea ponderală, slăbiciune, oboseală – *tulburări hidro-electrolitice* – hiperhidratare celulară consecutivă hiponatriemiei – *tulburări acido-bazice* – acidoză metabolică ATENȚIE! Simptomatologia este diferențiată în funcție de sladiul I.R.C. – *examene de laborator* – creatinina plasmatică crescută – ureea plasmatică crescută – rezerva alcalină și pH-ul scăzute in acidoza metabolică – hiponatriemie – hipopotasemie
Problemele pacientului	– *alterarea echilibrului hidro-electrolitic* – vărsături, diaree – exces de diuretice – restricții dietetice – *alterarea echilibrului acido-bazic* – degradarea funcției tubulare – *alterare senzorială (potențial)* – tulburări hidro-electrolitice – *alterarea integrității pielii* – leziuni de grataj – *alterarea proceselor cognitive (potențial)* – tulburări hidro-electrolitice și acido-bazice – *reducerea mobilității fizice* – imobilizare la pat – *anxietate* – evoluția nefavorabilă a bolii – iminenta unei intervenții chirurgicale (transplant renal) – *perturbarea conceptului de sine* – necesitatea efectuării dializei

Obiective	Vizează: – combaterea sau diminuarea cauzei – minimalizarea deteriorării funcției renale – corectarea tulburărilor prezente – prevenirea complicațiilor – suplinirea funcției renale
Intervenții	– tratament etiologic – antiinfectios (pielonefrita ac.) – chirurgical (litiaza urinară) – de echilibrare a diabetului zaharat – asigurarea repausului la pat, mărind numărul de ore în I.R.C. avansată – asigurarea unei alimentații corespunzătoare: –cantitatea de proteine în funcție de clearance-ul creatininei, ureei și stadiul I.R.C. – glucidele vor asigura mare parte a aportului caloric: de preferat glucide concentrate: gem, zahăr, dulceață, miere – legume și fructe în cantități suficiente (atenție la cele care conțin K: curmale, smochine, stafide care vor fi interzise în faza avansată a I.R.C.) – lipidele vor fi asigurate prin uleiuri vegetale, unt fără sare, frișcă – lichidele vor fi administrate fracționat, în cantități mici, pe parcursul întregii zile ținând cont de pierderile de lichid prin urină, respirație, transpirație, vărsături, diaree – aportul de sodiu va fi individualizat în funcție de manifestările clinice (în H.T.A., insuficiență cardiacă, edeme, va fi scăzut) ATENȚIE! Restricția nejustificată de sodiu duce la deshidratare extracelulară, iar excesul de sodiu duce la supraîncărcarea sectorului extracelular. – observarea semnelor de deshidratare extracelulară – cântărirea zilnică a pacientului – măsurarea diurezei – măsurarea funcțiilor vitale – ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale – administrarea tratamentului medicamentos pentru corectarea dezechilibrelor hidro-electrolitice și acido-bazice: – bicarbonat de sodiu în acidoza metabolică – clorură de sodiu în deshidratare extracelulară – diuretice în hiperhidratare extracelulară

– administrarea tratamentului pentru corectarea tulburărilor hematologice, cardio-respiratorii, gastro-intestinale
– recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator
– pregătirea, supravegherea și îngrijirea pacientului care necesită hemodializă sau dializă peritoneală **Fig. 33, 34, 35**

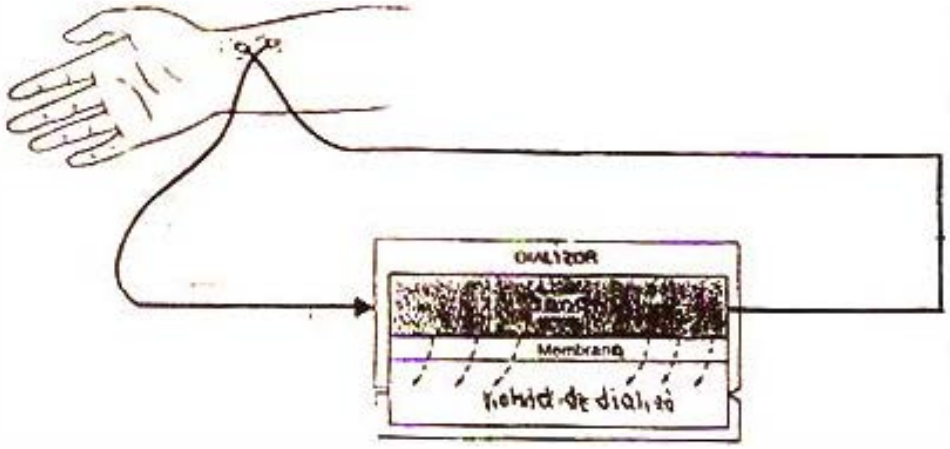


Fig. 33 – ***Schema hemodializei***

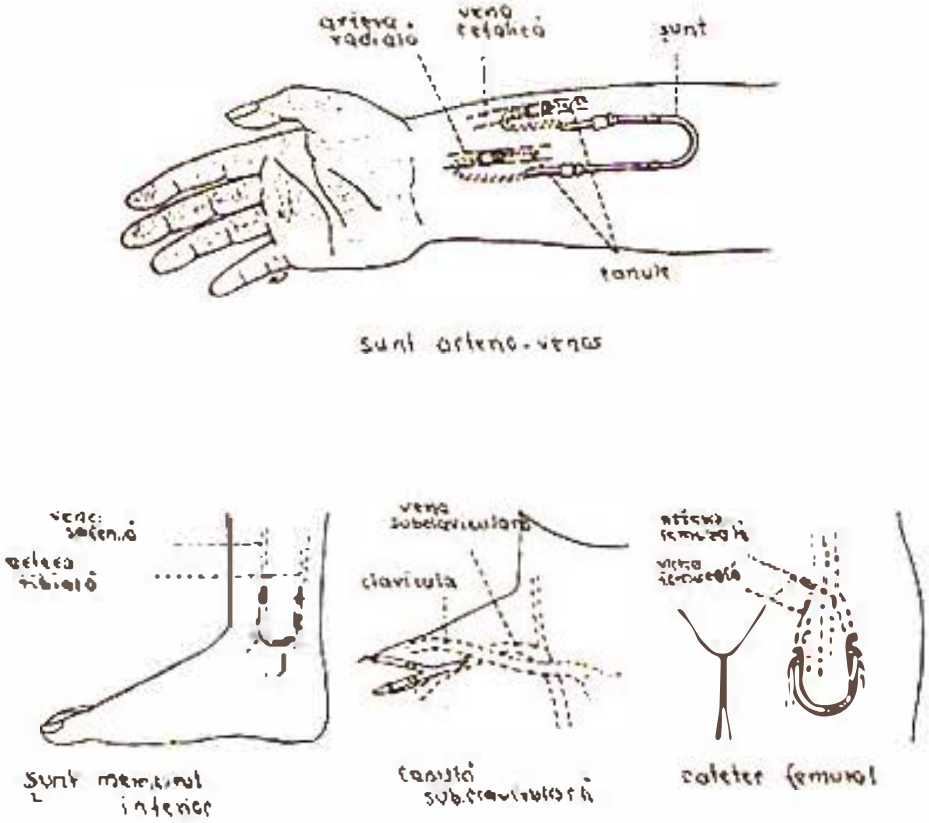


Fig. 34 – ***Căi de acces pentru hemodializă***

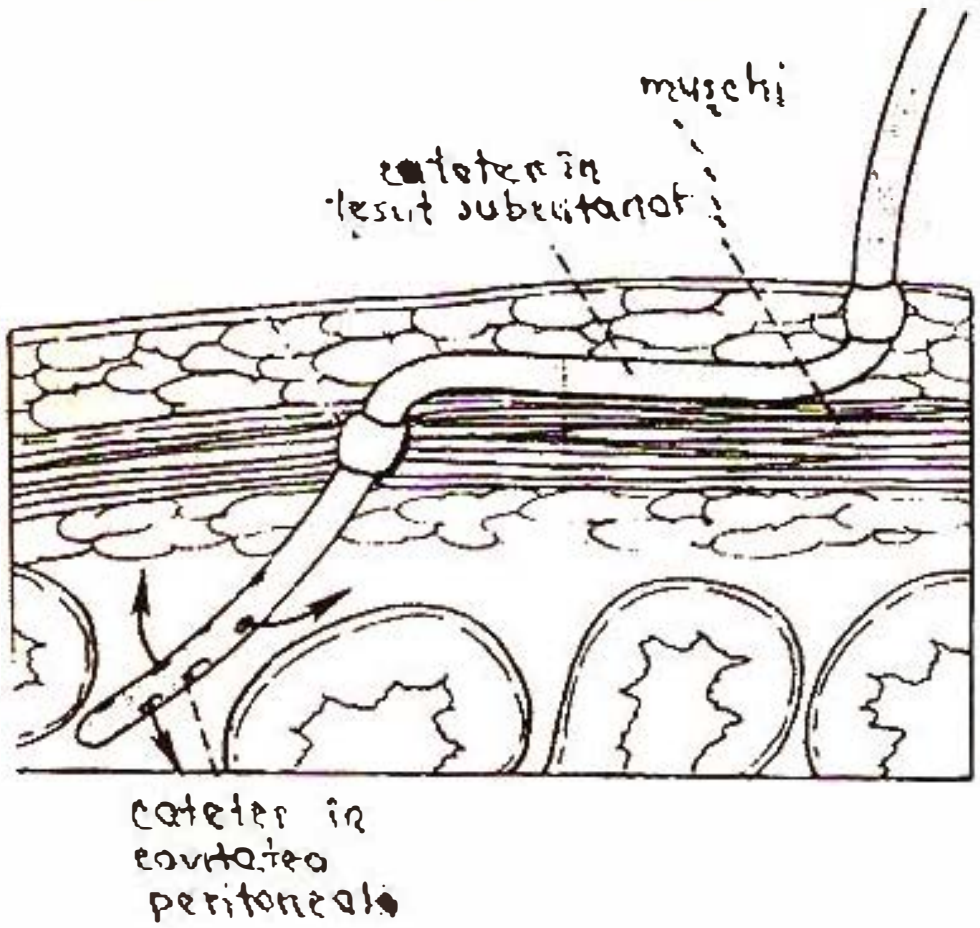


Fig. 35 – *Dializa peritoneală*

– îngrijiri pre- și postoperatorii pentru pacientul cu intervenție chirurgicală, pentru transplant renal

– educația pacientului:

– necesitatea repausului la pat (poziția de clinostatism favorizează irigația renală)

– necesitatea restricțiilor alimentare

– evitarea frigului, umezelii, a efortului fizic intens

– igiena riguroasă a tegumentelor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU LITIAZĂ RENALĂ

Litiaza renală este o afecțiune caracterizată prin prezența calculilor în bazinet și căile urinare.

Poate evolua sub formă latentă sau colicativă.

Calculii se formează prin precipitarea unor substanţe (cristaloizi) care în mod normal se găsesc în urină. Precipitarea lor este favorizată de modificarea pH-ului urinei, concentrarea urinei.

Calculii au în compoziţia lor oxalaţi, acid uric, fosfaţi, cistină.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – stază urinară (prin diferite obstrucţii) – infecţii urinare repetate – deshidratări masive care duc la creşterea concentraţiei urinare – afecţiuni în cursul cărora creşte eliminarea urinară a substanţelor ce formează calculi – hiperparatiroidie, osteoporoză (se elimină fosfat şi oxalat de calciu) – gută, rinichi polichistic (se elimină acid uric) – modificarea pH-ului urinar: – scăderea aciditaţii duce la precipitarea acidului oxalic – creşterea aciditaţii accelerează precipitarea acidului uric – în mediul alcalin se precipită fosfaţii ● *factori favorizanţi* – climă caldă şi uscată – imobilizare prelungită la pat – aport excesiv de săruri minerale: – apă bogată în săruri de calciu – alimente bogate în oxalaţi şi acid uric: spanac, ciocolată, cacao, viscere ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – durere lombară permanentă sau provocată de efort – durere colicativă (caracteristicile sunt descrise în „Urgenţe medico-chirurgicale" de L. Titircă) – poziţie antalgică – anxietate, nelinişte, agitaţie – tenesme vezicale – disurie, polakiurie – greţuri, vărsături – paloare, transpiraţii, extremităţi reci ● *examinări paraclinice* – evidenţierea calculului (cistoscopie, urografie, radiografie simplă, echografie) – examenul urinei: hematurie (macro sau microscopică), în sediment: cristale de acid uric, uraţi, fosfaţi sau oxalaţi.
Problemele pacientului	– alterarea confortului – legată de durere vie, disurie, polakiurie – potenţial de deficit de volum lichidian

	– legată de vărsături, transpiraţii abundente – potenţial de alterare a nutriţiei, prin deficit – legat de greaţă, vărsături – potential de complicatii – legat de cura de diureză la pacienţii cu H.T.A., insuficienţă cardiacă – legat de dilatare pielo-caliceală
Obiective	Vizează: – combaterea durerii – asigurarea confortului – diminuarea anxietăţii – prevenirea complicaţiilor – corectarea dezechilibrelor hidro-electrolitice (la nevoie) – asigurarea dietei corespunzătoare
Intervenţii	– măsuri de urgenţă: – repaus la pat – calmarea durerii – combaterea stării de şoc – recoltarea de sânge şi urină pentru examinări de laborator NOTĂ: Sunt detaliate în „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă. – suport psihic al pacientului – observarea semnelor şi simptomelor unor complicaţii (anurie, febră) – aplicarea tratamentului specific, în funcţie de natura calculului – *litiaza calcică:* reducerea aportului de calciu din alimentaţie, administrarea substanţelor care scad absorbţia calciului, tratamentul afecţiunii cauzale, reducerea alimentelor bogate în oxalaţi (tomate, telină, sfeclă, citrice, ciocolată) – *litiaza oxalică:* dietă fără ţelină, cacao, sucuri de citrice – *litiaza urică:* dietă bogată în vegetale, restricţie de proteine, evitarea consumului de ridichi, fasole, mazăre, ciuperci, ciocolată, conopidă – *litiaza fosfatică:* dietă hiposodată, bogată în proteine şi lipide, evitarea consumului de brânză, ouă, legume uscate – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator – pregătirea pacientului pentru investigaţii radiologice – cură balneară: Călimăneşti, Căciulata, Olăneşti – pregătirea pacientului şi îngrijiri ulterioare în cazul efectuării unor tehnici de ablaţie sau distrugere a calculilor: – ablaţie chirurgicală (pielolitotomie, ureterolitotomie) Fig. 36 – cistoscopie cu ablaţie – litotriţia ultrasonică

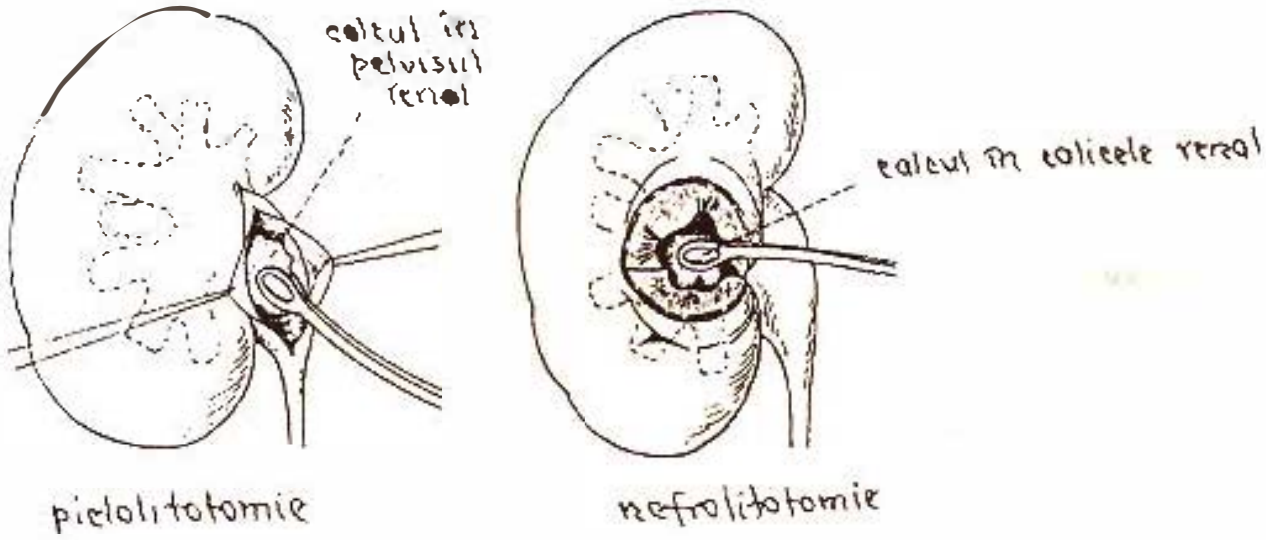


Fig. 36 – *Ablatie chirurgicală a calculilor*

– administrarea tratamentului medicamentos în funcţie de tipul litiazei
  – inhibitori ai formării substanţelor care precipită
  – substanţe care scad absorbţia calciului
  – substanţe care scad absorbţia intestinală de fosfaţi

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU GLOMERULONEFRITĂ ACUTĂ DIFUZĂ POSTSTREPTOCOCICĂ

Glomerulonefrita acută (G.N.A.) difuză poststreptococică este o infecţie a glomerulilor apărută după o infecţie streptococică din organism.

Apare după 7–21 zile de la infecţia streptococică şi este mai frecventă la copii.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – infecţie streptococică: angină, scarlatină, infecţii ale pielii, infecţii respiratorii ● *factori favorizanţi* – frig – umezeală – surmenaj ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – edeme la nivelul pleoapelor, periorbitale la început, iar apoi în regiunile declive – astenie, anorexie, subfebrilităţi – oligoanurie

	– hematurie macro sau microscopică – H.T.A. – jenă lombară ● *examene de laborator* – A.S.L.O. crescut – densitate urinară normală sau crescută – în sedimentul urinar: hematii şi cilindrii – complement seric scăzut
Problemele pacientului	– alterarea perfuziei tisulare la nivel renal – atingerea glomerulilor – potenţial de exces de volum lichidian – aport inadecvat de lichide şi sodiu – deficit de autoîngrijire – imobilizare la pat – potenţial de complicaţii (I.R.A., edem cerebral) – scăderea capacităţii funcţionale a rinichiului – creşterea tensiunii arteriale
Obiective	Vizează: – combaterea infecţiei – minimalizarea manifestărilor clinice: edeme, H.T.A. – prevenirea complicaţiilor – reintegrarea profesională
Intervenţii	– asigurarea repausului la pat – asigurarea unei alimentaţii corespunzătoare – reducerea aportului de lichide şi sare, în funcţie de gravitatea H.T.A., oliguriei şi a edemelor – reducerea cantităţii de proteine – acoperirea necesităţilor calorice prin glucide şi lipide – măsurarea funcţiilor vitale – observarea semnelor şi simptomelor de infecţie – asanarea focarelor de infecţie – administrarea tratamentului – antiinfecţios (penicilina G) – pentru combaterea edemelor (diuretice) – pentru combaterea H.T.A. – ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale, în perioada repausului la pat – educaţia sanitară: – necesitatea respectării regimului igieno-dietetic – evitarea efortului fizic intens (care predispune la apariţia complicaţiilor) – necesitatea controalelor medicale periodice la nivelul dispensarului – reluarea progresivă a activităţii

ÎNGRIJIREA PACIENTEI CU CISTITĂ

Cistita este o inflamaţie a mucoasei vezicii urinare.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – contaminarea ascendentă, punctul de plecare fiind infecţii la nivelul vaginului, perineului sau în urma manevrelor instrumentale nesterile (sondaj) – contaminare descendentă din rinichi şi bazinet ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – disurie – polakiurie – tenesme vezicale – durere suprapubiană ● *examene de laborator* – urină: piurie, hematurie, bacteriurie
Problemele pacientei	– alterarea eliminării urinare – inflamaţia vezicii – disconfort – durere, disurie – potenţial de complicaţii – riscul extinderii infecţiei spre interstiţiul renal
Obiective	Vizează: – combaterea infecţiei (cauzei) – combaterea manifestărilor clinice acute – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– administrarea de lichide în cantitate mare – administrarea tratamentului medicamentos prescris: – antiinflamatoare nesteroide – antibiotice – analgezice – băi de şezut (calde) – recoltarea urinei pentru examene de laborator – educaţie sanitară a pacientei pentru prevenirea recidivelor – tratamentul afecţiunilor ginecologice – lenjerie curată – igiena organelor genitale externe şi a regiunii perianale – hidratare corespunzătoare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PIELONEFRITĂ ACUTĂ

Pielonefrita acută este o infecţie a bazinetului şi a interstiţiului renal.
Germenii incriminaţi sunt: coli, proteus, stafilococul, klebsiella.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – contaminare ascendentă, cu punct de plecare: – infecţii vaginale, ale uretrei – manevre instrumentale nesterile (sondaj, cistoscopie) – obstrucţia căilor excretoare – contaminare hematogenă sau limfatică cu germenii unei infecţii O.R.L., dentare, tegumentare, a prostatei ● *factori favorizanţi* –sarcina – diabetul zaharat neechilibrat – stare nutriţională deficitară ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – anorexie – frison, febră – dureri lombare – disurie, polakiurie, nicturie ● *examinări de laborator* – sânge: V.S.H. crescută, leucocitoză – urină: leucociturie, cilindri leucocitari, hematurie, bacteriurie
Problemele pacientului	– alterarea perfuziei tisulare – afingerea intersliţiului renal – disconfort – durere, disurie
Obiective	Vizează: – identificarea germenului cauzal şi combaterea infecţiei – combaterea durerii – prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	– asigurarea repausului la pat – aplicarea de căldură pe regiunea lombară – asigurarea unui aport crescut de lichide – asigurarea unei alimentaţii echilibrate excluzând alcoolul, cafeaua, condimentele – administrarea orală de bicarbonat pentru alcalinizarea urinei – administrarea tratamentului medicamentos: – antibiotice – analgezice – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator – educaţia pacientului – igiena organelor genitale şi a regiunii perianale – lichide în cantitate suficientă – evitarea distensiei vezicii urinare prin golire completă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU TRAUMATISME RENALE

Traumatismele renale pot fi:

– închise (rupturi intrarenale, lezarea capsulei renale, lezarea calicelor şi bazinetului)

– deschise (distrugerea ţesuturilor care adăpostesc rinichii şi lezarea rinichilor)

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – accidente rutiere, la locul de muncă sau sportive, arme de foc, arme albe ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – durere lombară – variază ca intensitate, nu întotdeauna proporţional cu gravitatea leziunii – poate uneori să fie secundară unor leziuni musculare sau osoase – hematuria – prezentă întotdeauna în leziunile renale – poate fi micro sau macroscopică – hemoragie intraperitoneală – hematom perineal dureros la palpare – evacuare de urină prin plagă şi în cavitatea peritoneală, în special în traumatisme deschise ● *examinări paraclinice* – radiografie renală pe gol – echografie renală – examinări de laborator: – urină – sânge: hematocrit, hemoglobină, uree, creatinină
Problemele pacientului	– disconfort – durere – potenţial de complicaţii – scăderea funcţiei renale – deficit de autoîngrijire – imobilizare la pat
Obiective	Vizează: – restabilirea funcţiilor vitale şi vegetative – prevenirea complicaţiilor – asigurarea confortului
Intervenţii	– acordarea primului ajutor – combaterea şocului – toaleta plăgii – transport la spital

	– asigurarea repausului la pat, în funcţie de gravitatea traumatismului – administrarea tratamentului medicamentos prescris – supravegherea funcţiilor vitale – recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator – pregătirea pacientului pentru explorarea funcţională a rinichiului – îngrijirea pre- şi postoperatorie, pentru pacientul cu intervenţie chirurgicală.

Îngrijirea pacienţilor în stare gravă

Pacienţii în stare gravă necesită o urmărire permanentă şi un tratament susţinut. Deoarece aceştia prezintă dezechilibre funcţionale grave sunt monitorizaţi şi îngrijiţi în serviciul de terapie intensivă (STI), unde există posibilităţi de tehnici speciale cu aparaturi performante.

În serviciul de TI se internează pacienţi, indiferent de specialitatea de care aparţin, deoarece problemele de echilibrare funcţională sunt, practic, identice la pacienţii cardiaci, renali, hepatici, neurologici, intoxicaţi, traumatizaţi, cu dezechilibru hidroelectrolitic, în stare de şoc chirurgical etc.

DE REŢINUT:
Obiectivul major în îngrijirea acestor pacienţi este susţinerea funcţiilor vitale.

Asistentele din STI trebuie să cunoască:
- tehnicile curente din toate specialităţile
- tehnici de specialitate (resuscitare: masaj cardiac, respiraţie artificială, aspiraţie oro-faringiană şi traheală, dezobstrucţia căilor aeriene superioare, monitorizare ECG, aerosoli, oxigenoterapie)
- măsuri de urgenţă
- îngrijirea pacienţilor imobilizaţi
- să cunoască manevrarea unor aparate complexe care se află în dotarea compartimentului de STI
  - aparate de ventilaţie artificială
  - truse de intubaţie traheală
  - truse de traheostomie
  - truse de cateterism venos (măsurarea PVC)
  - sonde vezicale
  - sonde de intubaţie digestivă (Blackmoore)
  - laringoscop
  - delibrilatoare etc.

Aceste aparate trebuie să fie, în permanenţă, în stare de funcţionare astfel încât să poată fi folosite prompt.

De asemenea, este obligatoriu ca în TI să existe o rezervă de soluţii perfuzabile: glucoză 5%, ser fiziologic, soluţii molare de NaCl şi bicarbonat de sodiu, manitol 10–20%.

Sarcinile de îngrijire variază de la caz la caz, dar există câteva probleme generale legate de îngrijirea oricărui pacient, acordându-se o atenție specială, de către echipa de îngrijire, modului în care se desfășoară primul contact cu pacientul și aparținătorii.

Culegerea datelor	Primirea pacienților în STI trebuie făcută operativ fără pierderi de timp cu probleme administrative – aprecierea rapidă a funcțiilor vitale (respirație, puls, tensiune arterială) – observarea pacientului – prin implicarea organelor de simț (vedere, auz, atingere, miros) se obțin informații asupra unor manifestări/semne și simptome, astfel: – față trisă, sulerindă – agitație sau adinamie – colorația tegumentului – erupția pielii etc – intonația vocii, gemete, plângeri – căldura legumentului, indurația etc. – halena (exemplu un diabetic în acidoză) Alte aprecieri: – starea somatică – starea de conștientă – obezitate, denutriție – deshidratare – mobilitate NOTĂ: Pacienții aflați în terapie intensivă sunt imobilizați la pat – fie din cauza unei stări patologice care face imposibilă mișcarea – fie ca o măsură preventivă față de unele complicații (embolii, hemoragii) – fie ca o măsură terapeutică (traumatisme, fracturi, infarct miocardic etc.) – date de identitate și stare civilă – diagnosticul medical, ocupație (existența unei patologii profesionale), antecedente personale (boli, operații etc.)

MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ

Probleme posibile la pacienții din STI	*CAUZE*
Respirație ineficientă	● *Obstrucția căilor aeriene superioare (CAS)* În sindromul de obstrucție a CAS sunt prezente semnele clinice ale hipoxiei și hipercapneei

– respiraţie superficială, zgomotoasă (stridor) cu tiraj costal şi supraclavicular
– stare de agitaţie extremă cu senzaţie de „moarte iminentă"
– globi oculari exoftalmici
– transpiraţii reci
– cianoză
– tahicardie, iniţial, apoi bradicardie urmată de stop cardio-respirator
– midriază

NOTĂ:
Simptomatologia în insuficienta respiratorie acută precum şi alte urgenţe ale aparatului respirator sunt descrise detaliat în „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă.

● *Alterarea funcţionalităţii centrului respirator*
Vezi manifestări de dependentă – în HTIC
– cefalee
– vărsături
– vertij, tulburări vizuale, edem papilar
– tulburări psihice
– tulburări vegetative

● *Modificarea integrităţii cutiei toracice*
– durere
– cianoză
– asimetria celor două hemitorace în mişcările respiratorii
– respiraţie paradoxală (volet costal)

● *Unele colecţii patologice pleurale* (hemotorax, pneumotorax – vezi „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă
– limitarea mişcărilor respiratorii
– tiraj intercostal inspirator
– cianoză
– dispnee cu ortopnee
– tuse

NOTĂ: În cadrul respiraţiei ineficiente pot apărea trei tipuri de dispnee (vezi „Ghid de nursing" de Lucreţia Titircă.

– dispnee de tip Cheyne-Stockes (HTIC, hemoragii cerebrale, insuficienţă circulatorie, uremie)
– dispnee de tip Küssmaul (HTIC, infecţii grave, comă diabetică, agonie)
– dispnee de tip Biot (mişcări respiratori ritmice dar despărţite de pauze mai lungi de 10–30 secunde (meningite, stări comatoase, agonie)

Circulaţie inadecvată	● *Apare în starea de şoc şi/sau în insuficienţa circulatorie periferică* Indiferent de cauză, în stare de şoc se instalează o perturbare a circulaţiei şi a proceselor metabolice la nivelul ţesuturilor. – pacientul (de cele mai multe ori) stă în decubit dorsal, inert, somnolent, indiferent sau agitat – facies palid, cu privirea „în gol" – tegument rece şi palid, uneori cianotic acoperit cu transpiraţii văscoase, reci – ochii încercănaţi şi înfundaţi în orbite – buzele uscate, frecvent cianotice – cianoza patului unghial – tahicardie – frecvent, peste 100 de bătăi pe minut – hipotensiune arterială – polipnee superficială (dispnee cu tahipnee şi „bătăi" ale aripilor nasului) – oligurie extremă până la anurie – venele periferice colabate (uneori imposibil de puncţionat) – abdomen meteorizat – agitaţie, obnubilare, comă (din cauza hipoxiei cerebrale) (vezi „Şocul" în „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă ● *Legat de hipovolemie posthemoragică* – paloare – ameţeli, vâjâituri în urechi, lipotimii – extremităţi reci – sete intensă, gură uscată – puls accelerat (100–120 de bătăi pe minut) – tensiune arterială scăzută – respiraţie accelerată, superficială (vezi „Urgenţe medico-chirurgicale" de Lucreţia Titircă) ● *Legat de hipovolemie prin deshidratare* – ochi înfundaţi în orbite – facies palid – tegumentul şi masele musculare flasce, hipotonie – uscăciunea pielii şi a mucoaselor – sete ● *Legat de tulburări de ritm ventricular ameninţător de viaţă* – extrasistole ventriculare cuplate (bigeminism, trigeminism) – tahicardie ventriculară paroxistică (frecvenţă de 100–150/minul) – fibrilaţie ventriculară (frecvenţă de 300–400 impulsuri/minut, complet neregulată) – flutter ventricular (frecvenţă mai mică de 300/minut şi ritm regulat)

	Manifestările de dependenţă clinice corespund stopului cardiac (necesar resuscitare)
Alimentaţie inadecvată **– prin deficit** **– prin surplus**	● *Legat de aport insuficient de factori nutritivi: cantitativ, calitativ* – anorexie – pierdere în greutate – consum redus de alimente – slăbiciune ● *Legat de lipsa refluxului de deglutiţie (vezi pacienţii comatoşi)* ● *Din cauza vărsăturilor incoercibile* – vărsături alimentare, biliare sau mucozităţi – hematemeză – Legat de aport în exces – hiperhidratare
Imobilitate parţială sau totală	**PRECIZARE:** Manifestările de dependenţă enumerate mai jos, pot fi şi cauzele problemei de imobilitate – slăbiciune – comă, leşin – deficit al forţei musculare (hemiplegii, mono-, şi para-, tetrapareze sau paralizii)
Alterarea stării de conştientă	● *Afectarea sistemului nervos central prin intoxicaţii, traumatism c.c., dezechilibru hidric:* – comă – delir, confuzie – agitaţie sau apatie – dificultate de a înţelege – dezorientare în timp şi spaţiu
Eliminare inadecvată **– în exces** **– eliminare deficitară**	● *Cauzată de:* – vărsături – diaree – poliurie – eliminări patologice: hematemeză, melenă, drenaj, supuraţii, plasmoragii, hemalurie ● *Cauzată de:* – oligurie – constipaţie
Hipersomnie	● *Din cauza epuizării; din cauza unor afecţiuni organice (cerebrale, dezechilibre) sau din cauza efectului terapeutic al medicamentelor* – prelungirea duratei şi profunzimii somnului **ATENŢIE!** Să se facă deosebire între hipersomn şi comă

Insomnie	● *Din cauza anxietății, durerii, ambianță inadecvată* – ore insuficiente de somn – treziri frecvente
Hipertermie	● *Din cauza unui proces inflamator infecțios sau din cauza dereglării centrului termic (traumatisme, AVC)*
Hipotermie	● *Din cauza insuficienței circulatorii periferice (șocul) sau expunerii la intemperii (frig)*
Risc de accidentare (atingerea integrității fizice)	● *Din cauza agitației psihomotorii sau din cauza stării de inconștiență (loviri, căderi din pat)*
Comunicare verbală inadecvată	● *Legat de modificarea stării de conștiență:* – nu comunică verbal **DE ȘTIUT:** Pacientul cu modificări ale stării de conștiență nu comunică verbal dar reacționează la stimuli dureroși, mângâiere și chiar afectiv. **DE REȚINUT:** Comunicarea – prin toate modurile reprezintă cheia de boltă a îngrijirilor pacientului grav.
Depresie	● *Legat de dificultatea de a se adapta bolii* – apatie, tristețe – idei pesimiste
Lipsa de acces la asistența spirituală (frustrare)	● *Legat de incapacitatea de a participa la activități religioase* – dorința de a fi vizitat de preot – preocuparea pentru asistența religioasă
Obiective	Obiectivele vizează: – susținerea/restabilirea funcțiilor biologice afectate (cardio-circulatorii, respiratorii, excretorii, metabolice, neuropsihice) – corectarea dezechilibrelor hidroelectrolitice – asigurarea unui aport caloric crescut – punerea în repaus a tubului digestiv (HDS) – combaterea hipovolemiei – imobilizarea la pat și asigurarea condițiilor de monitorizare și de îngrijire a pacienților imobilizați – menținerea diurezei, monitorizare permanentă prin sondă „a demeure"

	– liniştirea pacientului (infarct, pancreatită) – combaterea hiper/hipotermiei – identificarea cauzelor care ar putea determina complicaţii şi prevenirea complicaţiilor
Intervenţii	**INTERVENŢIILE ASISTENTEI – CU ROL PROPRIU ŞI DELEGAT** **PRECIZARE:** Intervenţiile enumerate (posibil de aplicat) se fac în funcţie de particularităţile cazului aflat în îngrijire şi în funcţie de priorităţi. Asistenta: – permeabilizează căile respiratorii – aspiră secreţiile din cavităţile nazale şi secreţiile traheo-bronşice Important: – sonda folosită la aspiraţie se spală după fiecare aspiraţie – între aspiraţii sondele vor fi păstrate într-un alt flacon cu ser fiziologic steril, în care se adaugă, eventual, un antiseptic slab – plasează pipa Guedel între arcadele dentare – asigură posibilităţi de administrare a oxigenului şi de eliminare a bioxidului de carbon – sonda de oxigen poate fi plasată în pipa Guedel sau la nivelul nazofaringian – susţine funcţia ventilatorie (cu balon Ruben) – poziţionează pacientul în decubit dorsal sau lateral – având degajate căile aeriene – supraveghează comportamentul pacientului – urmăreşte starea de conştienţă, de agitaţie, cianoza, sughiţul şi notează în fişa de observaţie – protejează pacientul comatos sau agitat psihomotor de traumatisme (loviri, căderi din pat) – se autoprotejează pe sine şi anturajul în timpul perioadelor de agitaţie ale pacientului – protejează pacientul/pacienţii şi se autoprotejează de infecţii – cateterizează o venă pentru tratament medicamentos de întreţinere – supraveghează ritmul perfuziilor (după bilanţ) pentru evitarea hiperhidratării – observă reacţiile pacientului: orice reacţie susceptibilă de a fi provocată de medicamentele injectate, impune întreruperea perfuziei şi schimbarea flaconului respectiv cu un flacon de ser fiziologic sau glucoză 5% – până la clarificarea episodului intervenit – şi anunţă medicul

– efectuează tratamentul medicamentos indicat
– întocmește program orar de:
  – măsurare a TA, pulsului, temperaturii, frecvenței respirației
  – monitorizează ECG, PVC, EEG

NOTĂ:
Modificarea parametrilor de funcționare a constantelor monitorizate (atunci când supravegherea se face cu instalații speciale) declanșează sistemele de alarmă.

– monitorizează bilanțul zilnic: măsurarea exactă a diurezei, a pierderilor (vărsături, scaune etc.), a constantelor care intră în calculul bilanțului
– recoltează probele de laborator indicate
  – setul uzual zilnic: hemoleucograma, uree sanguină și urinară, ionograma plasmatică și urinară, determinarea echilibrului acido-bazic, glicemie (uneori ultimele două se repetă de mai multe ori pe zi), sumarul de urină. În funcție de particularitățile cazului pot fi indicate și alte analize de laborator
– asigură îngrijiri generale pacientului imobilizat (igienizare, schimbarea poziției în pat, frecții cu alcool, tapotaj toracic, prevenirea escarelor etc. (vezi „Breviar de îngrijiri speciale" de Lucreția Titircă – pag. 149)
– asigură alimentația parenterală sau pe sondă gastrică
– asigură tranzitul intestinal (clisme)
– modifică programul orar în funcție de evoluția pacientului, de manifestările clinice care sugerează instalarea unei complicații
– observă orice schimbare în evoluția pacientului și în cazul apariției unui incident sau unei complicații, solicită ajutorul medicului

NOTĂ:
În timpul tuturor manoperelor asistenta folosește metodele potrivite de comunicare cu pacientul (verbală, non-verbală). În serviciul de TI se folosesc fișe speciale pentru notarea tuturor constantelor clinice și biologice monitorizate.

Precizări:

1. **Când susținerea funcției ventilatorii se face cu aparate specializate de ventilație artificială, asistenta are următoarele sarcini:**
– supraveghează permanent funcționalitatea aparatului și instalația de monitorizare
– asigură sistemul de climatizare și umidificare
– supraveghează expansiunea pulmonară bilaterală

– controlează repetat constantele clinice (reactivitatea pacientului, coloraţia tegumentului, tensiune, puls)
– aspiră secreţiile traheobronşice, la nevoie
– supraveghează sonda de intubaţie care, prin mobilizare, poate să se deconecteze, să se cudeze sau să se obstrueze cu secreţii
– decomprimă intermitent (la aproximativ două ore) timp de 10 minute balonaşul sondei de intubaţie (se previn leziunile de decubit ale traheei).

II. Întreruperea ventilaţiei se face în prezenţa medicului
– va fi efectuată la cel puţin 2–3 ore de la administrarea sedativelor
– se scade concentraţia de oxigen până la concentraţia normală din aerul atmosferic
– se lasă pacientul să respire normal şi se observă eficienţa respiratorie
– se face toaleta cavităţii buco-faringiene
– detubarea se practică în expir
– se administrează oxigen prin mască
– se continuă monitorizarea clinică.

III. Incidente, accidente

Consecinţele unei aplicări inadecvate a ventilaţiei artificiale pot fi:
– hiperventilaţie – produce alcaloză respiratorie
– hipoventilaţie – creşterea presiunii parţiale a bioxidului de carbon, urmată de hipertensiune intraarterială, tahicardie, transpiraţii reci, edem cerebral
– complicaţii infecţioase – prin manevre neglijente (nerespectarea regulilor de asepsie şi antisepsie)
– ventilaţia prelungită – poate produce leziuni traheale, traheite etc.

IV. În legătură cu alimentaţia pacientului grav (câteva precizări)

Tratamentul intravenos, pe lângă faptul că reprezintă calea de administrare a unui număr mare de medicamente, asigură hidratarea şi alimentarea pacienţilor.

Alimentaţia parenterală de lungă durată realizează asigurarea aportului nutritiv, hidroelectrolitic, vitaminic.

Se folosesc:
– soluţii nutritive calorice: glucoză – până la concentraţia de 50–60%

ATENŢIE!
Pentru metabolizarea glucozei se recomandă adiţionarea de insulină – 1 U insulină la 5 g glucoză. La diabetici – 1 U insulină la 2 g glucoză

– soluţii nutritive plastice – aminoacizi (Salviamin, Vamine), plasmă, sânge
– lipide cu administrare parenterală.
– **Principii de respectat**
– respectarea măsurilor de asepsie şi antisepsie
– schimbarea zilnică a trusei de perfuzie (dacă se administrează sânge sau produse de sânge, trusele se schimbă şi mai des)
– instalarea unui cateter central, preferabil la nivelul venei subclaviculare sau a venei cave superioare (se mai pot folosi şi venele periferice cu respectarea riguroasă a regulilor de asepsie şi antisepsie)
– respectarea cu stricteţe a ritmului de perfuzie şi a bilanţului zilnic.

Alimentaţia prin sonda gastrică (vezi „Ghid de nursing" vol. 1 – Lucreţia Titircă)

Este preferabil ca sonda de alimentaţie gastrică să fie introdusă pe una din narine.

– alimentele se introduc cu seringa de tip Guyon sau cu ajutorul unei pâlnii montate la capătul extern al sondei (preferabil – sonde din material plastic).

Preparatele administrate prin sondă (pregătite dimineaţa) vor fi ţinute la frigider de unde vor fi scoase cu 2–3 ore înainte de utilizare pentru a fi încălzite la termostat.

NOTĂ:

Alimentaţia se poate face şi prin sonda jejunală care poate fi introdusă fie în timpul intervenţiei chirurgicale, fie în afara intervenţiei chirurgicale (manevra durează câteva ore până când sonda trece de orificiul piloric în duoden apoi în jejun).

Alimentaţia prin sonda jejunală se face numai sub formă de perfuzie continuă de soluţie izotonă faţă de sucul intestinal şi se indică adiţionarea de triferment – 2 drajeuri la 500 ml – este lăsată într-un termostat la 37°C timp de trei ore.

V. Incidente şi complicaţii din cauza asocierii unor medicamente incompatibile

Câteva reguli de respectat în administrarea medicamentelor parenteral	NU SE ADMINISTREAZĂ ÎN AMESTEC: – **Heparina** cu vitamina C, atropină, cloramfenicol, tetracicline injectabile, eritromicină, gentamicină, majoritatea penicilinelor, novocaină, streptomicină, vitamina B, Noratrinal – **Insulina** – nu se asociază cu nici un medicament – **Hemisuccinatul de hidrocortizon** – nu se asociază cu alte medicamente – **Penicilina** – se dizolvă în ser fiziologic – **Eritromicina** – se administrează în ser fiziologic (precipită în glucoză 5%) – **Ampicilina** cu **Gentamicina** determină diminuarea eficacităţii ampicilinei cu 50% – **Amestecul de antibiotice** cu alte medicamente în flacon este nerecomandat – **Vitamina C** este inactivată de Miofilin, Hemisuccinat de hidrocortizon, Penicilină – **Soluţiile de aminoacizi** nu se asociază cu nici un alt medicament **DE REŢINUT:** – **Nitroglicerina** administrată prin dizolvare în pungi de plastic se inactivează parţial. De preferat, pentru dizolvare, sunt flacoanele de sticlă – **Alte incidente în tratamentul intravenos** – ritmuri neadecvate pot produce fie fenomene de supradozare, fie o scădere a eficacităţii

	– extravazarea unor substanţe, în timpul montării perfuziei sau în timpul funcţionării ei, poate determina iritaţii până la necroze ale ţesuturilor vecine (substanţă cu pH acid sau alcalin) – administrarea i.v. a unor substante reci poate determina spasm nervos – unele medicamente, dacă se administrează prea rapid, pot să producă accidente grave, ajungându-se până la stop cardiac (adrenalina, noradrenalina, miofilinul, sărurile de potasiu, calciu şi magneziu, nitroglicerina injectabilă şi altele) – lipsa de agitare a unor flacoane sau pungi – pot produce accidente prin administrarea unor concentraţii inegale. Un flacon care contine substanţe cu potenţial de supradozare va trebui să fie agitat şi întors de cel puţin şase ori de la început până la terminarea continutului – lipsa de supraveghere permanentă a perfuziilor poate duce la nesesizarea unui ritm neadecvat sau la deplasarea acului sau a cateterului în timpul unor mişcări ale pacientului – apariţia tromboflebitelor este mai frecventă la nivelul venelor membrului pelvian – motiv pentru a se evita perfuzii la nivelul membrelor pelviene Factori favorizanţi în apariţia tromboflebitelor: – pH-ul acid al soluţiilor – cateterele scurte – produc mai frecvent tromboflebite decât cateterele centrale – cateterele rigide – sunt mai trombozante decât cele flexibile – riscul de tromboflebită este mai mare la perfuzia pe cateter decât la perfuzia pe ac.

ANEXĂ

Bilanţ zilnic

Pentru a înţelege mai bine modificările metabolice, prezentăm foarte scurt noţiuni despre bilanţul zilnic.

	Pentru compensarea tuturor pierderilor şi pentru realizarea unui echilibru hidro-electrolitic, metabolic şi caloric este obligatoriu să se facă bilanţul apei, al sodiului, al potasiului, al calciului, magneziului, clorului, bilanţului ionilor de hidrogen şi bilanţul nutritiv
bilanţul apei	Menţinerea unui echilibru între pierderi şi ieşiri (vezi T.E.I. de Lucreţia Titircă pag. 78) – pierderile se măsoară cu maximă exactitate – urina în borcane speciale

	– vărsăturile, aspirațiile, drenajul, numărul de scaune, evacuări, numărul pansamentelor, pierderi în funcție de temperatură, transpirații, perspirații – hidratarea – este bine ca substanțele hipotone sau izotone să fie intercalate cu cele hipertone – soluții hipermolare (glucoza hipertonă, soluțiile de aminoacizi, soluțiile de albumină concentrată) nu se vor administra în ritm rapid
bilanțul sodiului	Sodiul este substratul principal al presiunii osmotice a lichidelor extracelulare – menținerea unei concentrații constante în sânge în jur de 140 mEq/l – condiție principală pentru menținerea homeostaziei – organismul are nevoie de un aport de 100 mEq/24 ore (aceasta corespunde pierderilor normale) – un rinichi cu funcționalitate normală controlează eficient bilanțul sodic
bilanțul potasiului	Potasiu este ionul reprezentativ pentru spațiul intracelular. – concentrația intracelulară 115-155 mEq/l – concentrația plasmatică în jur de 4,7 mEq/l Atât hipo- cât și hiperpotasemia pot să producă stop cardiac
bilanțul calciului	Concentrația plasmatică = în jur de 5 mEq/l Administrarea calciului se face în perfuzie lentă sub formă de: – calciu gluconic – o fiolă 10 ml 10% conține 4,5 mEq de calciu – calciu clorat – o fiolă 10 ml 10% conține 18 mEq de calciu Restricții – la pacienți sub tratamentul cu digitală
bilanțul magneziului	Rația zilnică de eliminare renală 20 mEq/24 ore (250 mg) Concentratia plasmatică = în jur de 3 mEq/l Necesar un aport de 1 g magneziu/24 ore (4 ml dintr-o soluție 25%). Hipomagneziemia se caracterizează prin hiperexcitabilitate neuromusculară până la convulsii Hipermagneziemia produce scăderea excitabilității neuromusculare (bradipnee, hipotensiune cu bradicardie)
bilanțul clorului	Anionul clor – distribuit mai ales în spațiul extracelular Concentrația – plasmatică = aproximativ 100 mEq/l – în lichidul extracelular = 117 mEq/l Soluția de clorură de sodiu 9‰ (ser fiziologic) are concentrația de: – 155 mEq sodiu } mai bogată în clor decât – 155 mEq clor } structura fiziologică a lichidului extracelular
bilanțul ionilor de hidrogen	Cunoscut sub numele de **echilibru acido-bazic.** Concentrația ionilor de hidrogen este exprimat în pH (pH normal în sânge 7,36) Menținerea concentrației ionilor de hidrogen (echilibru acido-bazic) se face prin trei mecanisme: – sistemele tampon – funcția respiratorie – funcția de excreție renală

Echilibrul acido-bazic este rezultatul unui echilibru între intrarea (producerea) și pierderea ionilor de hidrogen. Menținerea unui bilanț echilibrat al concentrației de ion de hidrogen depinde de aportul adecvat de radicali acizi sau baze, limitarea hiperproducției de acizi în organism, limitarea pierderilor și asigurarea unei *bune funcționalități respiratorii și excretorii.*

În funcție de mecanismul de producere se descrie:

- **acidoza metabolică** produsă prin:
  - producție excesivă de acizi (ex. acidoza diabetică)
  - insuficienta eliminare a ionilor de hidrogen (insuficiență renală, nefropatii)
  - eliminare crescută de bicarbonați (pierderi digestive – diaree, fistulă) pierderi renale
- **alcaloza metabolică**
  - pierderi de ion de hidrogen (vomă, aspirație gastrică)
  - pierderi renale
  - deshidratare extracelulară
- **acidoza respiratorie**
  - hipoventilație alveolară
- **alcaloza respiratorie**
  - hiperventilatie alveolară
- **acidoze mixte**
  - insuficientă renală
  - obstrucție respiratorie
- **alcaloza mixtă**
  - vomismente (pierderi de bicarbonat)

PRECIZARE:
Când se asociază factorii agresivi poate apărea:
- alcaloza metabolică + acidoza respiratorie
- acidoza metabolică + alcaloza respiratorie.

Combaterea dezechilibrelor

- **acidoza metabolică** se combate prin:
  - bicarbonat de sodiu soluție molară 8,4%
  - lactat de sodiu (contraindicat în afecțiuni hepatice și în acidoze cu exces de acid lactic)
  - THAM (trihidroximetilaminometan)
- **alcaloza metabolică** se combate prin:

– clorură de potasiu (indicată mai ales la pacienți cu dezechilibru după aspirație gastrică, vărsături) în cantitate până la 150-200 ml.

ATENȚIE!
Administrarea este condiționată de prezența unei diureze eficiente și monitorizare foarte atentă ECG
– clorura de amoniu, clorura de sodiu, clorura de calciu.

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni oftalmologice

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Analizatorul vizual este format dintr-un segment central (nervul optic, neuronii talamocorticali şi aria striată a lobului occipital) şi dintr-un segment periferic (globul ocular şi anexele sale).

Globul ocular

Globul ocular este alcătuit din trei membrane concentrice în interiorul cărora se află aparatul dioptric – mediile transparente şi refringente. Membranele: – tunica externă este constituită din *sclerotică* posterior şi *corneea* transparentă anterior;

– tunica medie cu trei segmente: *coroida, corpul ciliar, irisul;*

– tunica internă sau *retina* care este fotosensibilă, responsabilă de recepţia şi transmiterea stimulilor luminoşi în influx nervos.

Mediile refringente sunt reprezentate de corneea transparentă, umoarea apoasă, cristalinul şi corpul vitros. Ele au rolul de a retracta razele de lumină.

Anexele ochiului:

– anexe de mişcare – *muşchii globului ocular* (patru drepţi şi doi oblici);

– anexele de protecţie – *sprâncenele, pleoapele, conjunctiva* şi *aparatul lacrimal.*

Funcţia analizatorului vizual este perceperea luminozităţii, formei şi culorii obiectelor din lumea înconjurătoare.

Razele luminoase pătrund prin corneea transparentă în globul ocular, sunt refractate de către mediile refringente ale ochiului şi formează pe retină imaginea obiectului aşezat în faţa ochiului.

Acomodarea este capacitatea ochiului de a trece de la un plan de vedere apropiat la unul îndepărtat şi invers. Se realizează graţie curburii cristalinului, elasticităţii şi activităţii muşchiului ciliar.

Acomodarea la intensitatea luminii se realizează prin intermediul irisului. Pupila se măreşte (midriază) sau se micşorează (mioză) sub acţiunea muşchilor săi în funcţie de intensitatea razelor luminoase.

Spaţiul cuprins cu vederea se numeşte câmp vizual. Fiecărui ochi îi corespunde un câmp vizual monocular care se suprapune cu câmpul celuilalt ochi. Imaginile fuzionează pe scoarta cerebrală într-o imagine unică.

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE, PENTRU PREVENIREA BOLILOR OCULARE

Măsuri de prevenire primară	● Educaţia populaţiei pentru *îngrijirea ochiului:* – spălare cu apă curată zilnic, mai frecvent dacă se lucrează în mediu cu praf; – nu se duce mâna murdară la ochi – nu se îndepărtează corpii străini oculari de către persoanele necalificate (dacă sunt mici se va face spălare cu apă din abundenţă aruncată din mână spre ochi) – folosirea obiectelor individuale pentru toaleta feţii – nu se vor freca ochii deoarece se produc mici traumatisme ale conjunctivei şi corneei – controlul prenatal al gravidei pentru prevenirea conjunctivitei gonococice a nou-născutului. ● *Igiena vederii:* – sursa de lumină trebuie să vină din partea stângă în timpul scrisului, cititului, lucrului – distanţa pentru scris-citit trebuie să fie de 25–30 cm. – lumina artificială trebuie să fie focalizată pe hârtia de scris-citit – când este soare puternic sau zăpadă strălucitoare să se poarte ochelari fumurii – persoanele care execută activitate migăloasă, de finete, ce necesită concentrarea vederii, vor face pauze, din timp în timp, privind la distanţă – persoanele care lucrează la sudură vor purta ochelari de protecţie – vizionarea spectacolelor de televiziune nu se va face în camere întunecoase iar distanţa pentru privit va fi de 2–5 metri, ecranul televizorului fiind aşezat la înălţimea ochiului – se recomandă alimentaţie completă cu respectarea necesarului zilnic de proteine, vitamina C, A, B – examenul periodic al vederii pentru pacienţii cu boli generale (diabet zaharat, HTA) – îndrumarea către oftalmolog a persoanelor cu cefalee repetată.
Măsuri de prevenire secundară	● *În cazul infecţiilor ochiului:* – îndrumarea pacientului către medicul specialist pentru a trata în mod corect aceste infecţii – educarea pacientului să evite transmiterea infecţiei si la ochiul sănătos sau la alte persoane.

	● *În cazul deficienţelor de vedere:* – educarea pacienţilor care necesită corectarea vederii cu ochelari să-i poarte conform prescripţiilor (permanent sau numai pentru scris-citit) pentru copii ochelarii vor avea rame colorate, atrăgătoare şi se va avea grijă să nu-şi spargă ochelarii generând accidente grave – învăţarea pacienţilor să-şi curete ochelarii – lentilele, ştergându-le cu material moale pentru a preveni zgârierea lor – dispensarizarea pacienţilor cu defecte de vedere – periodic pacientul se prezintă la control pentru a stabili necesitatea schimbării lentilelor – îndrumarea părinţilor al cărui copil prezintă strabism să se prezinte la medicul oftalmolog – învăţarea purtătorilor de lentile de contact să le folosească numai cât este necesar, să le scoată în timpul nopţii, nu le vor folosi în mediu cu pulberi, praf.
Măsuri de profilaxie terţiară	– educarea pacienţilor cu diferite afecţiuni de vedere să nu desfăşoare o activitate care să suprasolicite vederea – îndrumarea pentru intervenţii chirurgicale a pacienţilor cu cataractă în vederea corectării vederii – reintegrarea socială şi profesională a ambliopilor prin îndrumarea către profesii ca maseur, cartonar.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A OCHIULUI ŞI ANEXELOR SALE

Examenul anatomic	– Se realizează: – la lumina zilei – instrumental – iluminat lateral – se examinează pleoapele, genele, conjunctiva – se evidenţiază corpii străini – în camera obscură se examinează corneea, camera anterioară, irisul, pupila şi cristalinul.
Determinarea acuităţii vizuale	– se examinează vederea centrală cu ajutorul optotipului – ochiul emetrop este cel care vede de la 5 metri ultimul rând pe optotip – VOD = 5/5 = 1, VOS = 5/5 = 1.
Determinarea câmpului vizual	examinează vederea periferică cu ajutorul perimetrului Förstek. – interpretarea se face utilizând o schemă tip pentru ochiul drept şi alta pentru ochiul stâng. **Fig. 37**

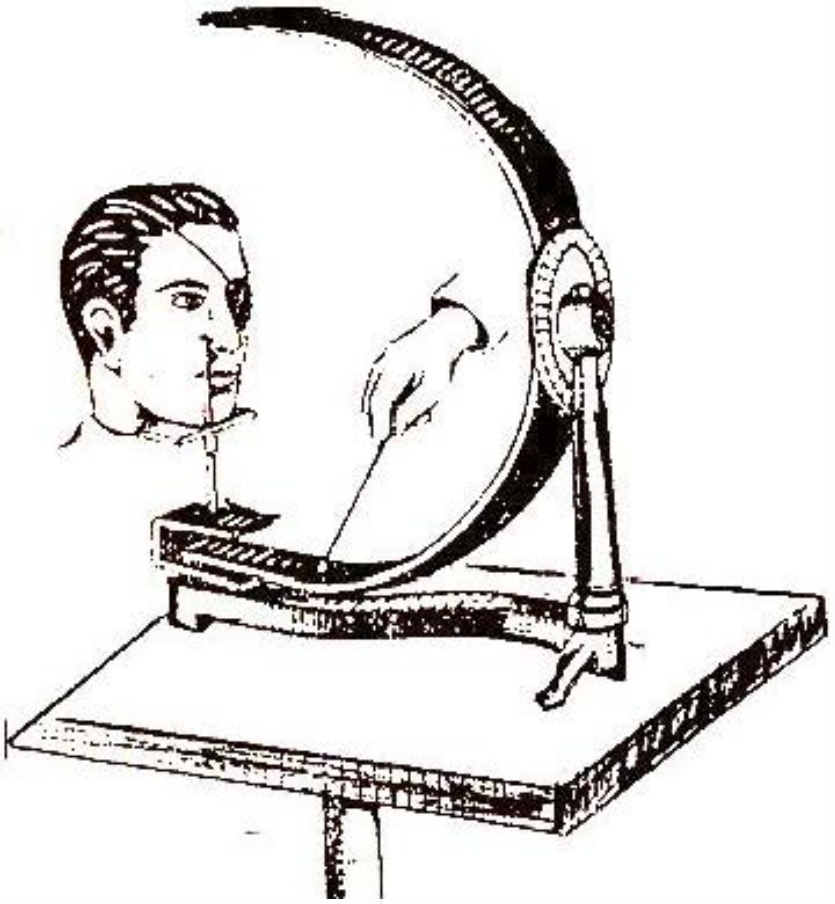


Fig. 37 – *Perimetru Förstek pentru determinarea câmpului vizual*

Determinarea simţului cromatic	– examinează capacitatea pacientului de a distinge culorile
Oftalmoscopia	– examinează fundul de ochi – straturile profunde ale ochiului: retina, corpul vitros, papila nervului optic şi vasele retiniene. **Fig. 38**

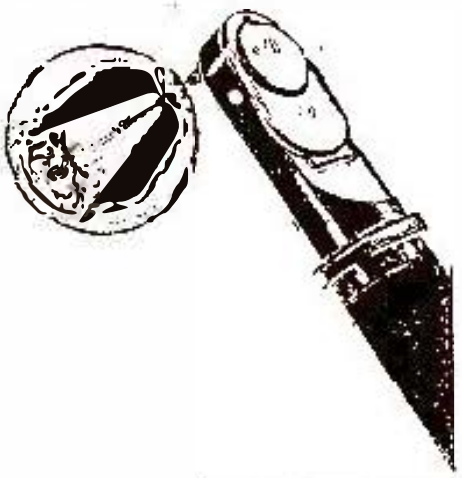


Fig. 38 – *Oftalmoscop şi imaginea fundului de ochi*

Măsurarea tensiunii intraoculare	– valorile normale 14–20 mmHg – valorile crescute se înregistrează în glaucom.
Examene de laborator	– *secreţia conjunctivală* – pentru examen bacteriologic şi antibiograma. – *sânge:* glicemie, uree, TS, TC, hemograma (în vederea pregătirii preoperatorii).

MANIFESTĂRI DE DEPENDENŢĂ (SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE)

Scăderea acuităţii vizuale	– scăderea bruscă a acuităţii vizuale poate fi cauzată: – traumatisme oculo-orbitale în antecedentele imediate (plăgi, corpi străini intraoculari, arsuri). Este însoţită de lăcrimare, fotofobie şi semnele locale ale traumatismului. – cauze netraumatice – glaucom acut, nevrita nervului optic, intoxicaţii cu alcool metilic, embolia arterei centrale a retinei – scăderea lentă şi progresivă a vederii este întâlnită în cataractă, leziuni retiniene. Scăderea progresivă a vederii de aproape este întâlnită în presbitie.
Durere	– este un semn subiectiv cu diferite grade de intensitate de la jenă oculară, arsură, până la durere atroce. – cauze: – eforturi oculare intense îndeosebi seara – insuficienţă circulatorie cerebrală. – se poate asocia cu mişcările globului ocular, cu scăderea acută a acuităţii vizuale (glaucom acut) sau cu eruptie veziculară (Zona Zoster)
Reacţie pupilară	– midriază – dilatarea pupilei – miozâ – micşorarea pupilei
Fotofobie	– intoleranţă faţă de lumină (pacientul strânge pleoapele, se întoarce cu spatele spre lumină). – cauze: – conjunctivite, corpi străini oculari dar şi afecţiuni cerebrale (migrenă, meningite, tumori cerebrale) şi afecţiuni sinuzale.
Diplopie	– vedere dublă întâlnită în paralizia muşchilor globului ocular, creierul percepând două imagini distincte.
Cecitate	– dispariţia vederii – cauze: – leziuni ale ochiului (cornee, cristalin, retină) – leziuni ale nervului optic – psihice.

	– cecitate diurnă, diminuarea acuității vizuale la lumină, cauzată de perioade lungi petrecute în întuneric (peșteri, închisori) sau de boli infectioase și avitaminoze.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU VICII DE REFRACȚIE

Noțiuni introductive:

– *miopia* – viciul de refracție în care imaginea obiectelor așezate la infinit se formează înaintea retinei

– *hipermetropia* – este viciul de refracție în care imaginea obiectelor așezate la 5 metri nu se formează pe retină ci înapoia ei, imaginea este ștearsă, slabă.

– *presbiția* – scăderea puterii de acomodare a cristalinului după vârsta de 45 ani.

– *astigmatismul* – viciul de refracție cauzat de defecțiuni în convexitatea corneei care fac ca razele luminoase să se concentreze pe retină în puncte diferite.

– *strabismul* – reprezintă lipsa de paralelism a globilor oculari

– privire înăuntru – convergent

– privire în afară – divergent.

Strabismul poate fi paralitic (parafizia nervilor cranieni III, IV și VI) și neparalitic (congenital sau apare în primul an de viață).

Culegerea datelor	● *circumstanțe de apariție:* – miopia apare în copilărie prin așezarea incorectă a obiectelor de scris – citit – astigmatismul, strabismul pot fi congenitale. ● *manifestări de dependență* (semne și simptome posibile): – miopie – pacientul pentru a vedea obiectele trebuie să le aducă în apropierea ochiului – hipermetropie, presbitism – pacientul vede slab obiectele apropiate (25-3 0 cm) și are tendința de a le depărta de ochi – în astigmatism pacientul are imagini deformate ale obiectelor – strabismul neparalitic – copilul nu prezintă vedere dublă dar prezintă riscul pierderii vederii unuia dintre ochi (cel neîntrebuințat) – strabismul paralitic – pacientul prezintă vedere dublă.
Probleme	– comunicare ineficientă la nivel senzorial-vizual – anxietate – risc de izolare socială.
Obiective	– pacientul să prezinte vedere bună prin cercetarea viciului de refracție – corectarea în timp util a strabismului neparalitic – al copilului – pentru a preveni infirmitatea.

Intervenţii	– asistenta îndrumă pacienţii cu probleme de vedere către medicul specialist pentru examinare – participă alături de medic la examinare, pentru recomandarea de ochelari de corecţie a viciilor de refracţie – în caz de miopie, lentile divergente (notate cu minus) – în caz de hipermetropie, lentile convergente (notate cu plus), de asemenea în presbiţie – în astigmatism lentile cilindrice convergente sau divergente. ● *în strabism:* – descoperă precoce strabismul copilului sub un an şi îndrumă părinţii pentru tratament corespunzător – educă familia să se implice în efectuarea de exerciţii cu ochiul care prezintă musculatura slăbită (prin acoperirea celui sănătos, cu pansament sau lentilă mată) la copilul până la patru ani – aplică tratamentul ortoptic (exerciţii care determină copilul să utilizeze ambii ochi) în serviciile specializate – pregăteşte copilul pentru intervenţie chirurgicală în situaţia în care celelalte tratamente nu au dat rezultate (până la vârsta de şase ani) – aplică la recomandarea medicului tratamentul de suprimare a cauzei în cazul strabismului paralitic.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI INFLAMATORII ŞI INFECŢII ALE OCHIULUI

– *blefaritele* – reprezintă inflamarea marginii libere a pleoapelor

– *orgeletul* (ulciorul) este inflamarea supurativă a foliculului pilos şi a glandei sebacee ale cililor de pe marginea pleoapelor

– *dacriocistita* – reprezintă obturarea canalului lacrimo-nazal de un proces inflamator situat în lumenul canalului

– *conjunctivita* – este inflamarea mucoasei conjunctivale

– *keratita* – este inflamarea mucoasei corneei

– *iridociclita* – reprezintă inflamaţia irisului şi a corpului ciliar.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – mediu cu praf – persoane cu rezistenţă scăzută – persoane cu condiţii de igienă precară – lipsa obiectelor de toaletă individuală – bazine de înot – apă inlectată } → pentru apariţia conjunctivitelor – traumatisme oculare

	● *manifestări de dependență* (semne și simptome posibile): – în blefarite – congestia marginii ciliare a pleoapelor, arsură, prurit al pteoapelor – în iridociclite – durere oculară și periorculară de intensitate variabilă (surdă până la violentă) – scăderea acuității vizuale –fotofobie – în dacriocistite – lăcrimare accentuată, tumefierea inflamatorie a sacului lacrimal, scurgere de puroi la presiunea unghiului intern al ochiului și durere; – în orgelet – prurit palpebral, durere la clipire, secreție purulentă când inflamația abcedează – în conjunctivite – înroșirea conjunctivei, senzație de arsură, secreție conjunctivală – seroasă, mucoasă sau purulentă.
Probleme	– durere de intensitate diferită – scurgere de secreție oculară – anxietate – risc de complicații: – cicatrice ale pleoapei (în blefarită) – ulcerații (în conjunctivită) – pierderea vederii (în iridociclită)
Obiective	– pacientul să prezinte stare de bine fizic – să se prevină apariția complicațiilor – acuitatea vizuală să se păstreze intactă.
Intervenții	– educația populației pentru prevenirea infecțiilor la orice nivel al ochiului. Asistenta: – aplică tratamentul local recomandat: – instalații cu soluții midriatice Fig. 39 **Fig. 39 – *Tehnica de instilare a colirului***

– atingeri cu colire moi – pomezi în cazul blefaritelor (atingerea se va face numai în timpul zilei pentru a preveni pătrunderea lor în ochi afectând corneea) Fig. 40

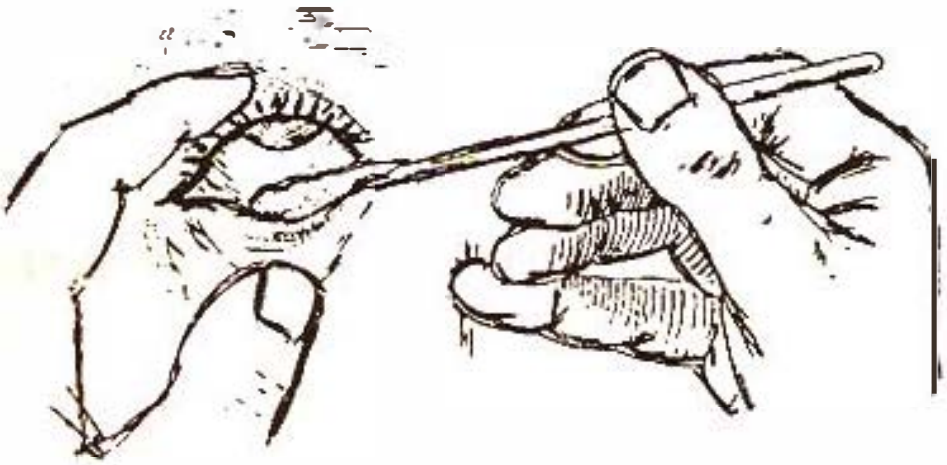


Fig. 40 – *Aplicarea unguentului cu bagheta*

– aplicare de comprese îmbibate în soluţii antiseptice călduţe (în blefarite, orgelet)

– spălături ale sacului conjunctival cu soluţii antiseptice (în conjunctivite).

– pregăteşte instrumentarul şi materialele pentru incizie-drenaj la recomandarea medicului (în orgelet când nu abcedează şi în dacriocistită). Aplică *pansamentul ocular*. Se pregătesc comprese sub formă de perniţe (vată acoperită cu tifon) cu diametrul mai mare decât orbita, care se aplică pe globul ocular şi se fixează cu benzi de romplast Fig. 41

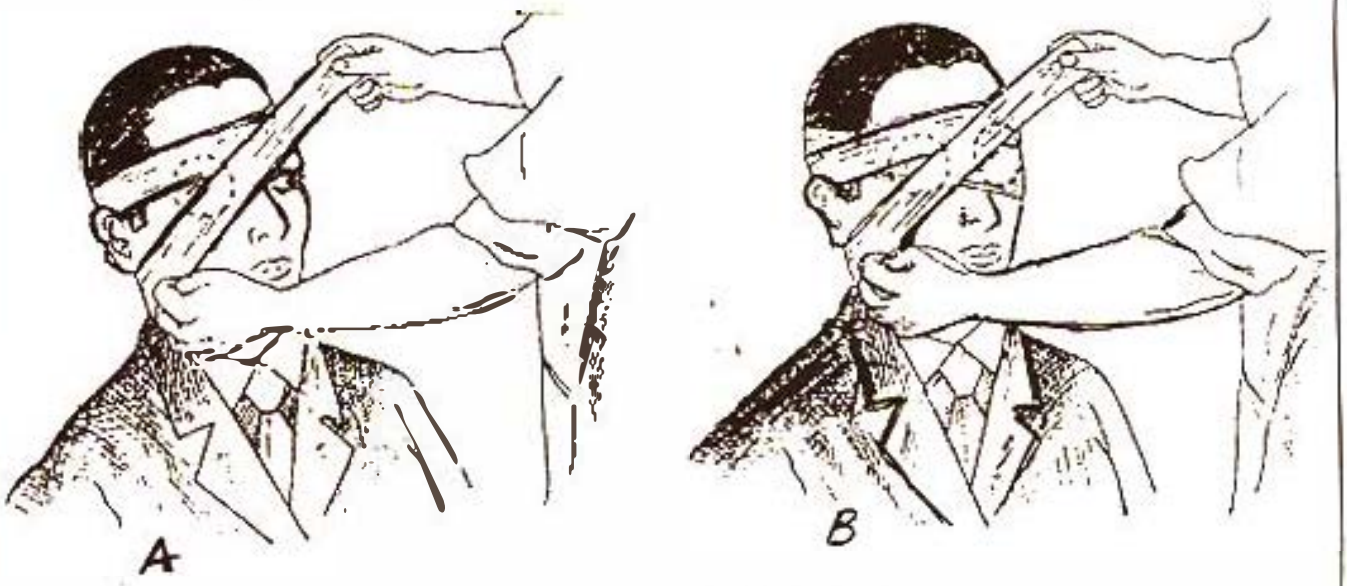


Fig. 41 – *Modul de a trage faşa*
A – pansament monocular; B – pansament binocular

	– administrează tratamentul general cu antibiotice şi antiinflamatoare – asigură repaus la pat, repaus vizual în cameră cu semiobscuritate – asigură alimentaţia pacientului: completă cu excepţia pacientului cu iridociclită care primeşte alimentaţie desodată pentru a reduce exsudaţia.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU CATARACTĂ

Cataracta este boala oculară caracterizată prin opacifierea progresivă a cristalinului.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – persoane vârstnice (cataracta senilă) – traumatisme (cataractă traumatică) – boli metabolice – diabet zaharat, avitaminoze (cataractă secundară) – boli infecţioase ale mamei în timpul sarcinii (cataractă congenitală) ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome posibile) – scăderea acuităţii vizuale care poate fi cu instalare insidioasă (cataracta senilă) sau cu instalare rapidă (cataracta traumatică) – localizarea cataractei unilaterală şi apoi la celălalt ochi (cataracta senilă) şi bilaterală (în cataracta congenitală)
Probleme	– comunicare ineficientă la nivel senzorial vizual – anxietate – izolare – risc de accidente, căderi – în special la vârstnici – reducerea autonomiei în autoîngrijire
Obiective	– pacientul să-şi recapete vederea – să fie ferit de riscul accidentelor şi complicaţiilor
Intervenţii	Asistenta: – îndrumă pacientul ambulator la serviciul de specialitate pentru a aprecia necesitatea actului operator ● *în perioada preoperatorie* asigură semiobscuritate în încăpere, ajută pacientul să cunoască topografia secţiei, face exerciţii de mers în cameră şi la exterior cu ochii ocluzionaţi – învaţă pacientul să folosească instalaţiile de semnalizare pentru a se adapta perioadei postoperatorii

	– recoltează produse pentru examene de laborator (sânge pentru uree, glicemie, TS, TC; urină, secreţie oculară) – conduce pacientul la examene de specialitate: examen cardiologic – EKG – asigură liniştea şi odihna preoperatorie ● *în perioada postoperatorie* supraveghează pacientul permanent pentru a-şi menţine pansamentul binocular (se pansează şi ochiul sănătos pentru a evita clipitul) – supraveghează pulsul, tensiunea arterială – educă pacientul să nu facă mişcări bruşte, să vorbească în şoaptă, să stea în decubit dorsal şi lateral pe partea sănătoasă timp de 24 ore. – administrează calmante ale durerii – asigură 24 ore regim hidric prin tub de succţiune pentru a evita masticaţia – schimbă pansamentul când este imbibat cu sânge şi/sau secreţie – serveşte pacientul la pat – ajută pacientul să coboare din pat când medicul a permis mobilizarea – supraveghează tranzitul intestinal pentru a preveni constipaţia – administrează tratamentul general şi local recomandat – aplică pansamentul monoocular, ochiul sănătos rămânând descoperit când evoluţia este favorabilă – susţine psihic pacientul, conştientizându-l că vederea se recapătă parţial, iar trecerea timpului poate aduce rezultatul dorit – educă pacientul să se prezinte după externare la controale periodice, să utilizeze corect ochelarii cu lentile convexe pentru distanţă şi citit (în cazul în care intervenţia chirurgicală a constat în extragerea cristalinului, fără implant de cristalin artificial).

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU GLAUCOM

Glaucomul este o stare patologică caracterizată prin hipertensiune intracelulară şi leziuni vasculare care duc la atrofia nervului optic.

Forme clinice: – glaucomul infantil
– glaucomul adultului cu manifestare acută sau cronică

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie:* – tulburări congenitale de drenaj a umorii apoase (glaucom infantil) – persoane cu sistem nervos labil, emotive – schimbării bruşte de temperatură

	● *manifestări de dependență* (semne și simptome posibile): ● *Glaucomul acut* – dureri oculare și perioculare foarte vii cu iradiere temporală, occipitală și însoțite de lăcrimare – scăderea acuității vizuale – grețuri și vărsături – anxietate – alterarea stării generale ● *Glaucomul cronic* – dureri periorbitale permanente – scăderea insidioasă a vederii – cecitate în 10–15 ani
Probleme	– durerii oculare și perioculare – intoleranță digestivă – comunicare ineficientă la nivel senzorial-vizual – anxietate
Obiective	– pacientul să aibă stare de bine fizic și psihic – să aibă acuitatea vizuală în limitele vârstei – să se prevină complicațiile invalidante
Intervenții	● *În glaucomul acut:* – asistenta asigură internarea pacientului în spital, repaus la pat, în cameră cu semiobscuritate – participă la examinarea pacientului, pregătind instrumentele pentru măsurarea tensiunii intraoculare – liniștește pacientul, administrează medicația tranchilizantă și analgezică prescrisă – administrează tratamentul medicamentos recomandat pentru reducerea tensiunii intraoculare: – instilații cu pilocarpină 1% – diuretice (ederen), purgative – perfuzie cu Manitol 15% – asigură alimentația hiposodată și cu un aport redus de lichide ● *În glaucomul cronic* – educă pacientul să urmeze corect tratamentul local și general prescris (pilocarpină sol. 1–3%, vit PP) – recomandă alimentație desodată, cu reducerea lichidelor, fără condimente, alcool, cafea – recomandă regim de viață ordonat, fără emoții negative cu respectarea orelor de somn (în timpul somnului capul va fi așezat mai sus pe două perne) – educă pacientul pentru a purta ochelari fumurii în timpul zilei, să evite întunericul și trecerile bruște de la temperaturi scăzute la căldură

	– încurajează pacientul privind evoluţia favorabilă a bolii dacă respectă recomandările medicale – pregăteşte preoperator şi îngrijeşte postoperator pacientul cu glaucom când tensiunea intraoculară nu scade.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU TRAUMATISME ALE OCHIULUI ŞI CORPI STRĂINI INTRAOCULARI

Deşi ochiul este protejat de orbită şi pleoape, traumatizarea sa este frecventă. Leziunile grave pot duce la pierderea vederii ochiului traumatizat dar pot periclita şi vederea celuilalt ochi.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – traumatisme – accidente casnice şi de muncă – în timpul jocului la copii ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome posibile): *Contuzii, plăgi, arsuri* – durere, senzaţie de corp străin în ochi, tulburări de vedere *Corpi străini conjunctivali, corneeni, intraoculari* (fragmente de lemn, sticlă, cărbune) – durere, lăcrimare, fotofobie, anxietate, scurgerea umorii apoase la exterior şi hemoftalmie în cazul corpilor intraoculari
Probleme	– durere – anxietate – comunicare ineficientă la nivel senzorial-vizual – risc de complicaţii: – infecţii – zdrobirea globului ocular
Obiective	– pacientul să prezinte stare de bine fizic şi psihic – leziunile să se vindece fără complicaţii – pacientul să-şi păstreze acuitatea vizuală
Intervenţii	● *Contuzii, plăgi* – asistenta aplică pansament steril ocular la locul accidentului şi trimite pacientul într-un serviciu de specialitate – în spital pregăteşte materialele, instrumentele, soluţii anestezice în vederea suturii plăgii, dacă este cazul – administrează tratamentul local (soluţii midriatice) şi general cu antibiotice – aplică pansament protector. ● *Arsuri chimice* – spală repetat ochiul cu apă de la robinet, apă distilată sau ser fiziologic prin stropire cu mâna

– şterge cu un tampon steril sacul conjunctival de resturile de substanţă chimică
– calmează durerea prin administrarea de analgetice
– aplică pansament steril protector
– transportă pacientul la spital

● *Arsuri fizice*

– scoate victima de sub acţiunea agentului agresor
– îndepărtează cu un tampon corpii străini încinşi
– spală repetat ochiul cu apă de la robinet, apă distilată sau ser fiziologic prin stropire cu mâna
– aplică pansament steril protector şi transportă victima la spital
– în spital, administrează tratamentul local (instilează midriatice) şi în general (antibiotice) prescris de medic
– supraveghează pacientul
– schimbă pansamentul

● *Corpi străini conjunctivali, corneeni, intraoculari*

– spală cu apă din abundenţă ochiul pentru a îndepărta *corpuiile străine conjunctivale,* sau le îndepărtează cu un tampon din tifon steril
– pregăteşte soluţiile anestezice, instrumentale (acul pentru corpi străini) şi pacientul pentru scoaterea *corpilor străini corneeni* de către medic
– aplică pansament steril şi transportă de urgenţă la spital pacientul cu *corpi străini intraoculari*
– în spital, pregăteşte pacientul pentru examinare (oftalmoscopie, radiografie, ecografie)
– pregăteşte instrumentarul pentru extragerea corpilor străini metalici, radioopaci sau radiotransparenţi
– îngrijeşte pacientul după extragerea prin aplicare de pansament steril
– învată pacientul cum să folosească mijloace de protecţie la locul de muncă pentru a preveni accidentele ochiului.

DE ŞTIUT:

OCHIUL ROŞU ESTE EXPRESIA DIFERITELOR CAUZE ÎN BOLILE OCULARE

Manifestări	Boli în care se întâlneşte
– Roşeaţă difuză survenită brusc, asociată cu dureri şi secreţie conjunctivală	– conjunctivita microbiană, virotică, alergică, traumatică

– Roşeaţă difuză însoţită de dureri violente	– Glaucom acut – este o *urgenţă* (ochiul este dur la presiune)
– Roşeaţă cu localizare într-o anumită zonă a globului ocular	– Iridociclită – în jurul corneei – Erupţie scleralâ în cadrul unor boli generale RAA, TBC, gută (ca nişte noduli mameionari pe conjunctivă şi scleră)

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni oto-rino-laringologice

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Cavitatea nazală este despărţită de septul nazal în două cavităţi numite fose nazale; comunică cu exteriorul prin nări şi cu rinofaringele prin coane. În oasele vecine foselor nazale sunt situate sinusurile paranazale – cavităţi pneumatice – cu rol de cutie de rezonanţă şi de menţinere constantă a temperaturii.

Din punct de vedere fiziologic cavitatea nazală se împarte în două etaje: unul inferior – respirator – şi altul superior – olfactiv.

Urechea este organul cu funcţie acustic-vestibulară.

Ea este formată din *urechea externă* (pavilion şi conduct auditiv extern), urechea medie (cavitate pneumatică situată în stânga temporalului), separată prin timpan de urechea externă, *urechea internă* (formată dintr-un sistem de încăperi – labirint osos – în interiorul cărora se află un sistem de camere – labirintul membranos).

Urechea externă are funcţie auditivă, pavilionul având rol de cornet acustic, conductul auditiv extern transmite undele sonore. Prin perişorii şi cerumenul secretat previne pătrunderea prafului în urechea internă. Timpanul participă la auz prin vibraţiile pe care le produce sub influenţa undelor sonore.

Urechea medie transmite undele sonore de la timpan prin oscioare (ciocan, nicovală, scăriţă) la fereastra ovală.

Urechea internă – aici se află organul cortireceptorul auditiv.

Laringele este segmentul căilor respiratorii situat la încrucişarea acestor căi cu cale alimentară. Este situat sub pielea gâtului pe linia mediană.

Este un organ cu dublă funcţie: aerovector şi organ al fonaţiei.

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE PENTRU PREVENIREA BOLILOR OTO-RINO-LARINGOLOGICE

Măsuri de profilaxie primară	– măsuri pentru fortificarea organismului prin sport şi activităţi în aer liber – asigurarea unui mediu curat, nepoluat cu praf, substanţe chimice în oraşe, la locul de muncă

	– învăţarea suflării corecte a nasului – umezirea aerului din încăperi, saloane, locuinţe – asigurarea unei temperaturi constante de 16–18°C în încăperi – evitarea substanţelor iritante ale căilor respiratorii superioare: alcool, tutun, condimente – folosirea aspiratoarelor de praf, ventilatoarelor şi măştilor de protecţie la locurile de muncă cu praf şi pulberi – folosirea de căşti pentru amortizarea zgomotelor de către persoanele expuse profesional, zgomotelor puternice şi trepidaţiilor (cazangii, lăcătuşi, telefoniste); efectuarea de controale periodice ale auzului
Măsuri de profilaxie secundară	– depistarea tuturor îmbolnăvirilor acute ale nasului, gâtului, urechii şi tratarea lor corectă pentru prevenirea cronicizării şi a unor infirmităţi (surditate, tulburări de fonaţie şi respiraţie) – tratarea corectă a rinofaringitelor sugarului pentru prevenirea otitelor – reeducarea vorbirii, auzului la persoanele cu suferinţe ale urechii
Măsuri de prevenire terţiară	– îndrumarea persoanelor cu surditate medie pentru protezare auditivă – educarea pacientului purtător de proteză cum să o utilizeze pentru a se adapta progresiv la mediul sonor – educarea anturajului pentru a susţine psihic pacientul cu hipoacuzie – examinarea periodică a hipoacuzicului pentru a se aprecia din timp accentuarea surdităţii şi necesitatea schimbării protezei.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A ORGANELOR OTO-RINO-LARINGOLOGICE

Instrumente folosite **Fig. 42**

Examenul auzului	– acumetria fonică – acumetria instrumentală – examenul audiometric
Otoscopia	– examenul pavilionului urechii şi a conductului auditiv extern
Narinoscopia Rinoscopia	– examinează narinele şi interiorul cavităţii nazale
Buco-faringo-scopia	– examenul cavităţii bucale şi a faringelui

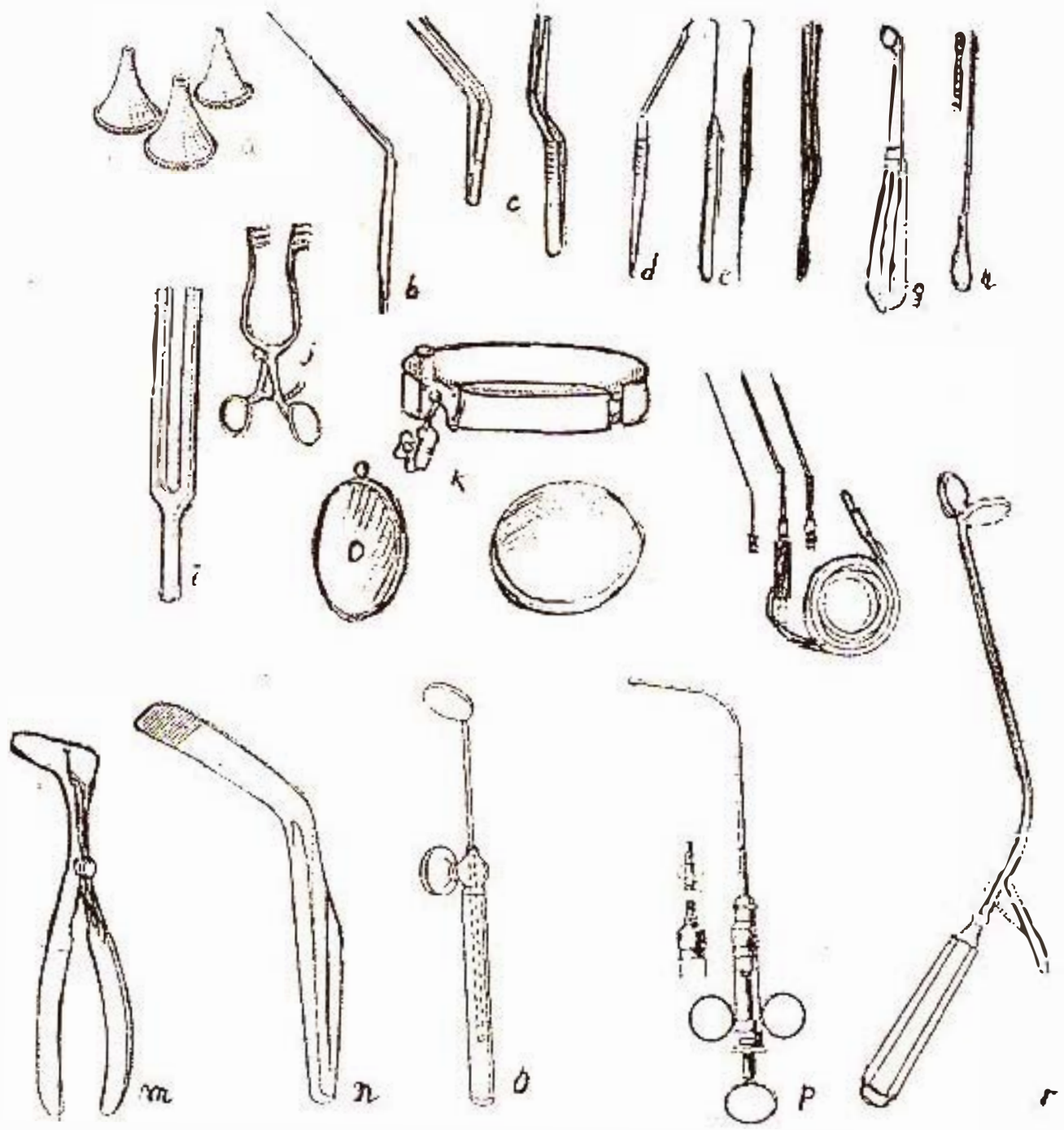


Fig. 42 – *Instrumentar folosit în otorino-laringologie:*

a. Specul auricular; b. Sondă auriculară; c. Pense auriculare; d. Ac de paracenteză; e. Cârlige; f. Bujii; g. Chiuretă; h. Tijă port-vată; i. Diapazon; j. Depărtător autostatic; k. Oglindă frontală; l. Aspirator; m. Specul nazal; n. Spatulă linguală; o. Oglindă laringiană; p. Seringă laringiană; r. Oglindă mobilă pentru rinoscopie

Laringoscopia: **– indirectă** **– directă**	– examenul laringelui – examen pentru prelevarea de ţesuturi pentru examen biopsic şi extragerea corpilor străini
Radiografia sinusurilor feţii	
Examen de laborator	– secreţie otică: ● se recoltează în condiţii de asepsie pentru examen bacteriologic – secreţie nazală – exsudatul faringian pentru examen bacteriologic –sânge ● VSH ● Leucogramă ● TS, TC

MANIFESTĂRI DE DEPENDENŢĂ (SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE)

Surditatea	– hipoacuzia – tulburarea audiţiei ce constă în scăderea acuităţii auditive (vocea şoptită se aude de la o distanţă de sub cinci metri). Poate fi cauzată de dop de cerumen, otite, parotidită, meningită – surditatea – tulburare a audiţiei în care persoana nu aude vocea şoptită nici din apropierea urechii – surditatea se poate instala lent sau brusc (în accidentele vasculare), la nivelul arterei auditive – cofoza – tulburare în care persoana nu distinge nici un sunet
Infecţii	– *infecţiile otice* se pot localiza: – la nivelul pavilionului urechii – în conductul auditiv extern – urechea medie – otite – mastoidă – otomastoidită – *infecţiile rinosinuzale* se pot localiza: – la nivelul cavităţii nazale, rinite, furuncul – la nivelul sinusurilor – sinuzite – *infecţiile faringoamigdaliene* – faringoamigdalită: – *infecţiile vegetaţiilor adenoide* – adenoidită – *infecţiile laringiene* – laringite
Corpi străini	– *Auriculari* – hipoacuzie, acufene – *Nazali* – obstrucţie nazală, rinoree
Tulburări de echilibru	– apar în îmbolnăvirile acute ale canalelor semicirculare din labirint în cadrul infecţiilor otice, rinofaringiene sau independent (sindrom Menière)

	– semnele: vertij – senzaţie că obiectele din jur se învârtesc sau se deplasează –, tulburări de echilibru, hipoacuzie, greţuri şi vărsături la mişcările bruşte ale capului, nelinişte
Epistaxis	– hemoragie ce ia naştere în fosele nazale cauzată de iritaţie mecanică locală sau leziuni ale vaselor mucoasei nazale, sau traumatisme ale oaselor nazale; apar şi în cadrul unor boli generale HTA, hemofilie, avitaminoza C, K – semnele însoţitoare sunt în funcţie de cantitatea de sânge pierdut

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ALE URECHII EXTERNE

(dopul de cerumen, corpii străini, plăgi contuzii, arsuri şi degerături ale pavilionului urechii)

Culegerea datelor	– circumstanţe de apariţie: – dop de cerumen – persoane cu hipersecreţie a glandelor ceruminoase – traumatismele pavilionului – expunere la temperaturi scăzute, accidente de muncă, traumatisme – manifestări de dependenţă: semne şi simptome posibile *● diminuarea auzului ● disconfort auricular ● ameţeli ● prezenţa plăgilor ● arsurilor ● degerăturilor la nivelul pavilionului ● secreţii purulente, sanguinolente la nivelul pavilionului urechii ● durere ● cicatrici vicioase cu îngustarea orificiului conductului auditiv extern*
Probleme	– comunicare ineficientă senzorială auditivă – disconfort fizic cauzat de durere sau senzaţii auditive violente (în cazul corpilor străini animaţi) – risc de complicaţii: infecţii ale timpanului urechii medii şi cicatrici vicioase
Obiective	– cicatrizarea plăgilor, arsurilor, fără complicaţii – pacientul să afirme stare de bine fizic şi psihic
Intervenţii	Asistenta: – pregăteşte materialele şi pacientul pentru spălătura auriculară în vederea înlăturării dopului de cerumen şi a corpilor străini Fig. 43, 44 – aplică tratamentul în plăgile pavilionului urechii (spală tegumentele sănătoase din jur cu apă căldută şi săpun, le dezinfectează cu alcool, face dezinfecţia plăgii prin tamponare cu apă oxigenată, acoperă plăgile cu comprese uscate fixând pansamentul cu laşa)

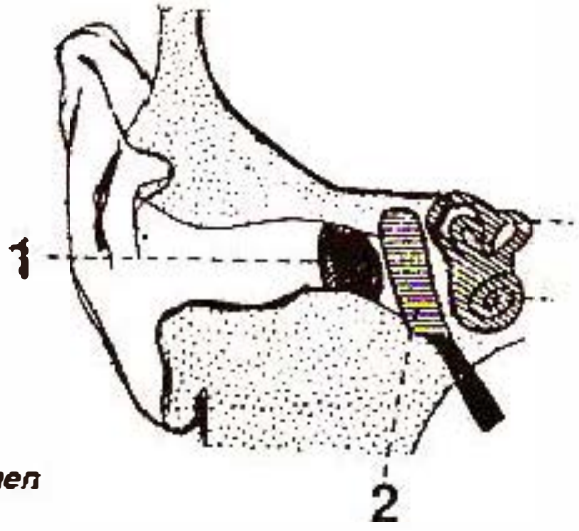


Fig. 43 – *1. Dop de cerumen*
2. Timpan

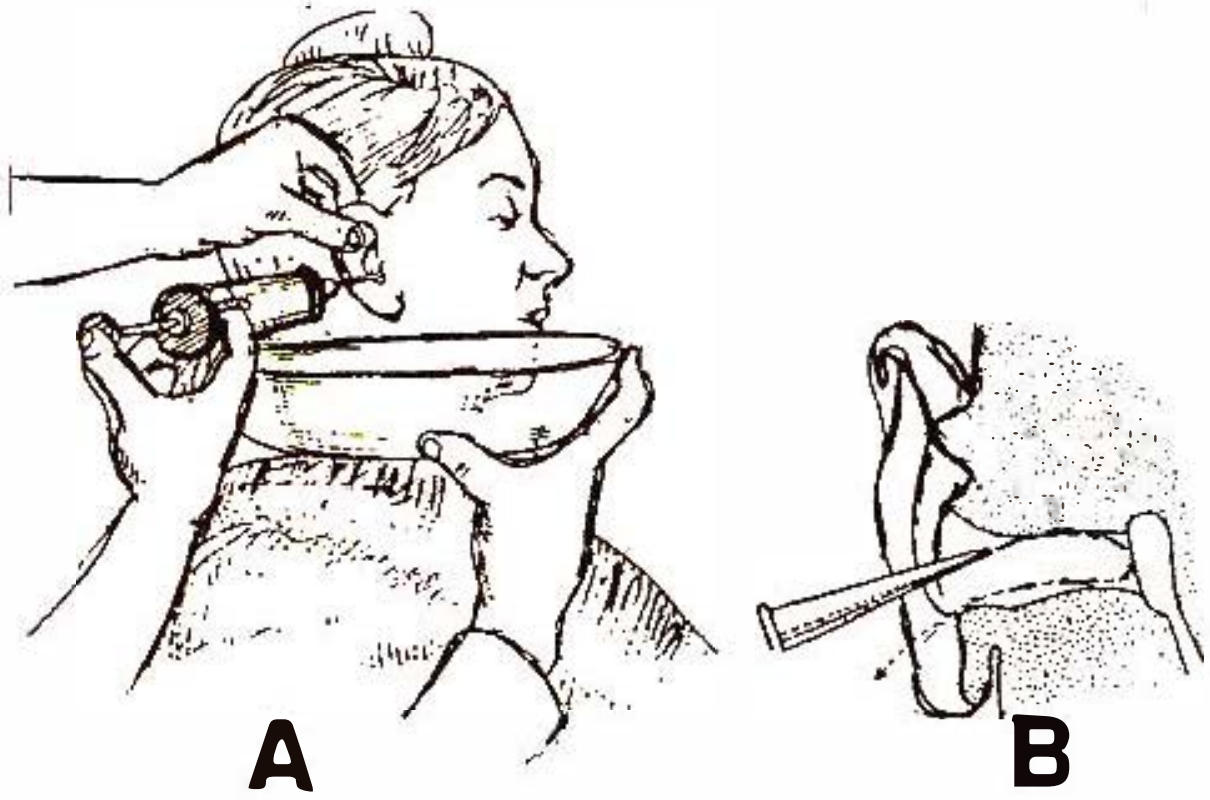


Fig. 44 – *A – Spălătură auriculară; B – Poziția amboului seringii*

– aplică comprese umede în soluție de rivanol 1/1000 în cazul infectării plăgilor
– educă pacientul să se prezinte în continuare pentru schimbarea pansamentului până la vindecarea plăgilor

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU OTITĂ

Otita este o infecţie a urechii medii care netratată în faza congestivă determină supuraţia. Otomastoidita este complicaţia otitei medii supurate, netratate la timp, apărând la două-trei săptămâni de la debutul otitei.

Culegerea datelor	*Circumstanţe de apariţie:* – în timpul unei rinofaringite – la orice vârstă, mai frecvent la copii şi sugari *Manifestări de dependenţă:* (semne şi simptome posibile) – în otită acută supurată, durere la început moderată treptat devine vie şi insuportabilă, iradiază spre maxilar • *senzaţie de tensiune în ureche* • *febră 39–40°C* • *frisoane* • *hipoacuzie* – în otomastoidita acută supurată: durere vie în regiunea mastoidiană, febră, dispnee, tahicardie
Probleme	– durere – hipertermie – anxietate – insomnie – comunicare ineficientă la nivel senzorial auditiv – risc de complicaţii: alterarea respiraţiei şi circulaţiei, deshidratare, paralizia nervului facial
Obiective	– pacientul să afirme stare de bine – temperatura corporală să se menţină în limitele fiziologice – să se obţină vindecarea fără complicaţii
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul la pat în perioada febrilă într-o cameră liniştită, cu temperatură 20–22°C – măsoară temperatura, pulsul şi le notează în foaia de temperatură – administrează tratamentul: • cu antibiotice pe cale generală; cu simptomatice pentru combaterea febrei şi a durerilor – face instilaţii auriculare cu soluţii călduţe decongestive şi analgetice – aplică instilaţii nazale cu soluţii dezinfectante – aplică comprese călduţe pe regiunea mastoidiană (în otomastoidită) pe care le schimbă la două-trei ore – asigură alimentaţia hidrozaharată în perioada febrilă, bogată în vitamine şi lichide, pe care o completează ulterior cu alte alimente – pregăteşte pacientul şi participă la *puncţia otică* (paracenteză otică) **Fig. 45** – scopul puncţiei: – exploratorie, recoltarea secreţiei otice – terapeutică – evacuarea secreţiei urmată de spălătură

Fig. 45 – *Acul de paracenteză*

– îngrijiri ulterioare: educă pacientul să se prezinte la control (prezintă meşă pentru drenaj, este informat că orificiul creat se vindecă fără a afecta audiţia)
– pregăteşte pacientul, când este cazul, pentru intervenţia chirurgicală – antromastoidectomie – şi îl îngrijeşte postoperator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU SINDROMUL MENIÈRE

Sindromul Menière apare în cadrul îmbolnăvirilor acute ale canalelor semicirculare din labirint, din cursul infecţiilor acute rinofaringiene sau otice sau independent de ele. Boala Menière reprezintă distensia labirintului membranos prin acumulare de endolimfă.

Culegerea datelor	– *circumstanţe de apariţie:* – infecţii rinofaringiene şi otice – *manifestări de dependenţă:* (semne şi simptome posibile) • *tulburări de echilibru* • *ameţeli* • *senzaţie de zgomot în ureche* • *greţuri* • *vărsături, mai ales la mişcările capului* • *surditate de percepţie uni- sau bilaterală*
Probleme	– dificultate de deplasare şi de menţinere a ortostatismului – intoleranţă digestivă – comunicare ineficientă la nivel senzorial auditiv – anxietate – risc de complicaţii – surditate
Obiective	– pacientul să-şi păstreze o bună poziţie, să se deplaseze fără dificultate – pacientul să-şi păstreze integritatea fizică şi psihică

Intervenţii	Asistenta: – asigură cameră obscură, liniştită pentru repausul pacientului – asigură alimentaţie desodată şi cu reducerea cantităţii de lichide/24 ore – administrează medicaţia recomandată pentru scăderea presiunii intralabirintice: diuretice, sulfat de magneziu 15% i.v., glucoză hipertonă i.v. şi antivomitive – însoţeşte pacientul în micile deplasări în salon, la toaletă, protejându-l de căderi – reeducă pacientul pentru menţinerea echilibrului – îl învaţă să se culce pe partea sănătoasă şi să-şi întoarcă ochii pe partea bolnavă

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU INFECŢII NAZOFARINGIENE, SINUZALE ŞI LARINGIENE

Rinita acută este inflamaţia mucoasei nazale de natură virală sau alergică.

Sinuzita este inflamaţia unuia sau a tuturor sinusurilor, oaselor feţei (frontal, etmoidal, sfenoidal, maxilar).

Laringita este inflamaţia acută a mucoasei laringiene şi a corzilor vocale.

Culegerea datelor	– *circumstanţe de apariţie:* – sezonul rece – primăvara, pentru rinitele alergice – inhalare de pulberi iritante, persoane cu eforturi vocale mari, în cazul laringitelor – sinuzitele şi laringitele pot apărea ca urmare a unei rinite acute sau cronice – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome posibile) – *în rinite* – obstrucţie nazală – respiraţie pe gură – secreţie apoasă din nas – *în sinuzite* – durere la nivelul feţei – secreţie purulentă nazală – tulburări respiratorii şi ale mirosului, febră, fotofobie, cefalee – *în laringită* – disfonie: care poate merge până la afonie – tuse seacă – disfagie – anxietate

Probleme	– alterarea respiraţiei – lipsa confortului fizic – risc de complicaţii (cronicizare, prinderea şi a altor segmente a căilor respiratorii) – anxietate
Obiective	– pacientul să respire liber pe nas, să aibă stare de bine psihic şi fizic – pacientul să poată comunica eficient verbal – să nu prezinte complicaţii, să se prevină cronicizarea infecţiei
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul la pat în încăpere aerisită, cu umiditate 65%, în poziţie care să favorizeze scurgerea secreţiei (decubit ventral în sinuzite) – asigură repausul vocal pentru pacientul cu laringită, învăţându-l să comunice în scris, reluarea vorbirii făcându-se treptat cu voce şoptită şi apoi cu voce normală (atenţie la profesionişti: cântăreţi, avocaţi) – asigură aport crescut de lichide calde în rinite, laringite – învaţă pacientul să-şi evacueze secreţiile nazale fără violenţă, pe rând fiecare nară, iar la sugar aspiră secreţiile cu o pară de cauciuc – participă la punctia şi spălătura sinusală efectuată de către medic – administrează tratamentul recomandat: – instilaţii nazale cu soluţii dezinfectante astringente în rinitele infecţioase şi instilaţii cu antihistaminice în rinitele alergice – antibioticoterapie pe cale generală, inhalaţie aerosoli cu soluţii antiseptice şi astringente în laringite **Fig. 46**

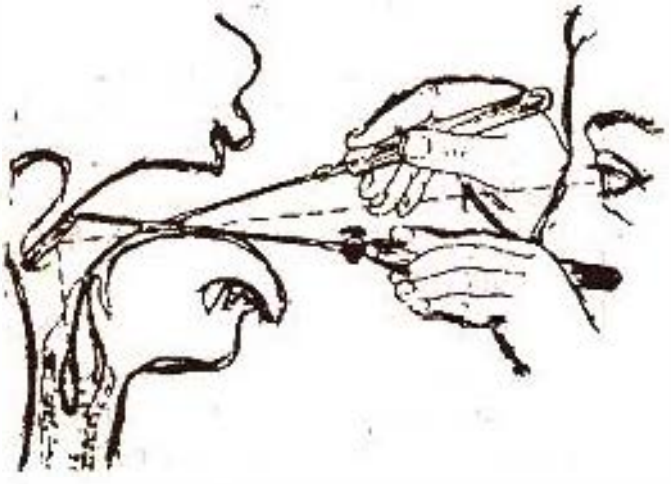


Fig. 46 – *Badijonarea laringelui*

	– pregăteşte fizic şi psihic pacientul pentru intervenţie chirurgicală pentru repararea viciilor câştigate sau congenitale care întreţin sinuzita cronică (deformaţiile nasului, deviaţia de sept nazal, polipi nazali) – educă pacientul să evite factorii care favorizează apariţia infecţiilor: fumatul, alcoolul, condimentele, vaporii iritanţi, consumul de băuturi reci.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AMIGDALITĂ

Amigdalita este inflamaţia amigdalelor. Poate fi acută sau cronică, fiind determinată în mod deosebit de streptococ hemolitic

Culegerea datelor	– *circumstanţe de apariţie:* – anotimpul rece – schimbări bruşte de temperatură – frecvenţă crescută la copii – persoane astenice, convalescente cu rezistenţă scăzută – *manifestări de dependenţă:* (semne şi simptome posibile) – dureri la deglutiţie, uşoară senzaţie de sufocare – febră 39–40°C, frison
Probleme	– alterarea respiraţiei şi circulaţiei – hipertermie – incapacitatea de a se alimenta – risc de complicaţii – flegmon amigdalian
Obiective	– pacientul să afirme stare de bine fizic şi psihic – să aibă respiraţie liberă, uşoară, eficientă – pacientul să se poată alimenta pe cale naturală – pacientul să-şi menţină temperatura corpului în limite fiziologice – să nu intervină complicaţii
Intervenţii	– asigură repausul la pat în cameră caldă, cu umiditate corespunzătoare, pe faţa anterioară a gâtului aplică comprese alcoolizate – asigură alimentaţie lichidă (ceai, zeamă de compot, lapte, supe călduţe) în perioada febrilă; alimentaţia se îmbogăţeşte cu alimente semiconsistente în funcţie de reducerea durerilor la deglutiţie – măsoară temperatura, pulsul, respiraţia – administrează tratamentul: antibioticoterapie, antitermice – recoltează exsudatul faringian, sânge pentru cercetarea VSH-ului, ASLO, leucogramei – pregăteşte pacientul care prezintă flegmon amigdalian de urgenţă pentru incizia şi evacuarea puroiului

– învaţă pacientul căruia i s-a tăcut incizie să stea cu capul aplecat în faţă pentru a se scurge puroiul în tăviţa renală şi periodic să facă gargară cu H_2O_2
– educă pacientul care prezintă amigdalite repetate să se supună intervenţiei chirurgicale pentru a preveni reumatismul articular acut, glomerulonefrita
– *Pregăteşte pacientul pentru amigdalectomie:*
– măsoară pulsul, tensiunea arterială, respiraţia, temperatura
– recoltează sânge pentru determinarea hemoleucogramei, TS, TC
– recoltează urina pentru examen de laborator
– *Îngrijeşte postoperator după amigdalectomie:*
– supraveghere permanentă şase-opt ore, internare 24 ore.
– asigură repausul complet la pat în decubit ventral cu capul sprijinit pe antebraţ sau şezând cu capul aplecat în faţă cu tăviţa renală pe coapsă Fig. 47

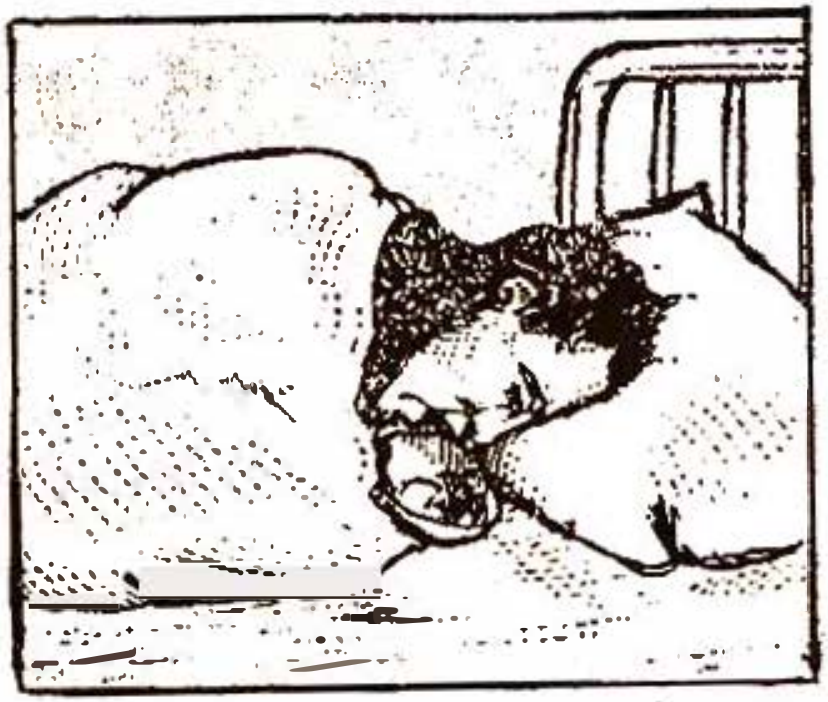


Fig. 47 – *Poziţia pacientului după amigdalectomie*

– educă pacientul să nu înghită saliva, să nu facă mişcări de deglutiţie, copiii să nu plângă pentru a nu se accentua sângerarea
– examinează secreţia care se scurge în tăviţa renală şi informează medicul în cazul hemoragiilor mari pentru a se reinterveni chirurgical
– alimentează pacientul după atenuarea durerii şi opririi hemoragiei cu lichide reci în înghiţituri mari

	– învaţă pacientul să nu sugă cu paiul lichidele, să nu facă gargară, să evite să tuşească, să strănute, să vorbească tare (acestea putând determina hemoragii) – educă pacientul ca timp de şapte zile să stea în casă şi îl informează că în a şasea-opta zi este posibilă o mică hemoragie datorită desprinderii membranelor albicioase formate în lojile amigdaliene

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU VEGETAŢII ADENOIDE

Vegetaţiile adenoide reprezintă hipertrofia amigdalei laringiene. Se întâlnesc mai frecvent între trei şi zece ani.

Culegerea datelor	– *circumstanţe de apariţie:* – copii cu infecţii repetate – rinite – anotimpul rece – alimentaţie deficitară, avitaminoze – *manifestări de dependenţă:* (semne şi simptome posibile) ● obstrucţie nazală care se accentuează în perioadele acute ale bolii ● secreţie nazală abundentă ● respiraţie pe gură ● apetit diminuat ● astenie ● somn agitat ● apatie ● intelect redus ● tulburări în dezvoltarea scheletică (facies caracteristic cu prognatism) ● cutie toracică deformată (torace globulos) ● scolioză ● coaste înfundate ● deficit ponderal **Fig. 48**
Probleme	– alterarea respiraţiei – intoleranţă la activitatea fizică – comunicare ineficientă la nivel afectiv – comunicare ineficientă la nivel intelectual – insomnie – modificarea schemei corporale – risc de complicaţii – otite, traheite, bronşiectazie
Obiective	– copilul să prezinte respiraţie liberă pe nas – să aibă apetit prezent, somn odihnitor – să recupereze deficitul ponderal – să atingă greutatea corespunzătoare vârstei – să fie comunicativ, să se joace, să înveţe
Intervenţii	– asistenta din ambulatoriu – dispensar, creşă, cămin, scoală, informează familia, educatorii, învăţătorii privind consecinţele negative ale vegetaţiilor adenoide asupra dezvoltării copilului – îndrumă părinţii copiilor către medicul specialist oto-rino-laringolog

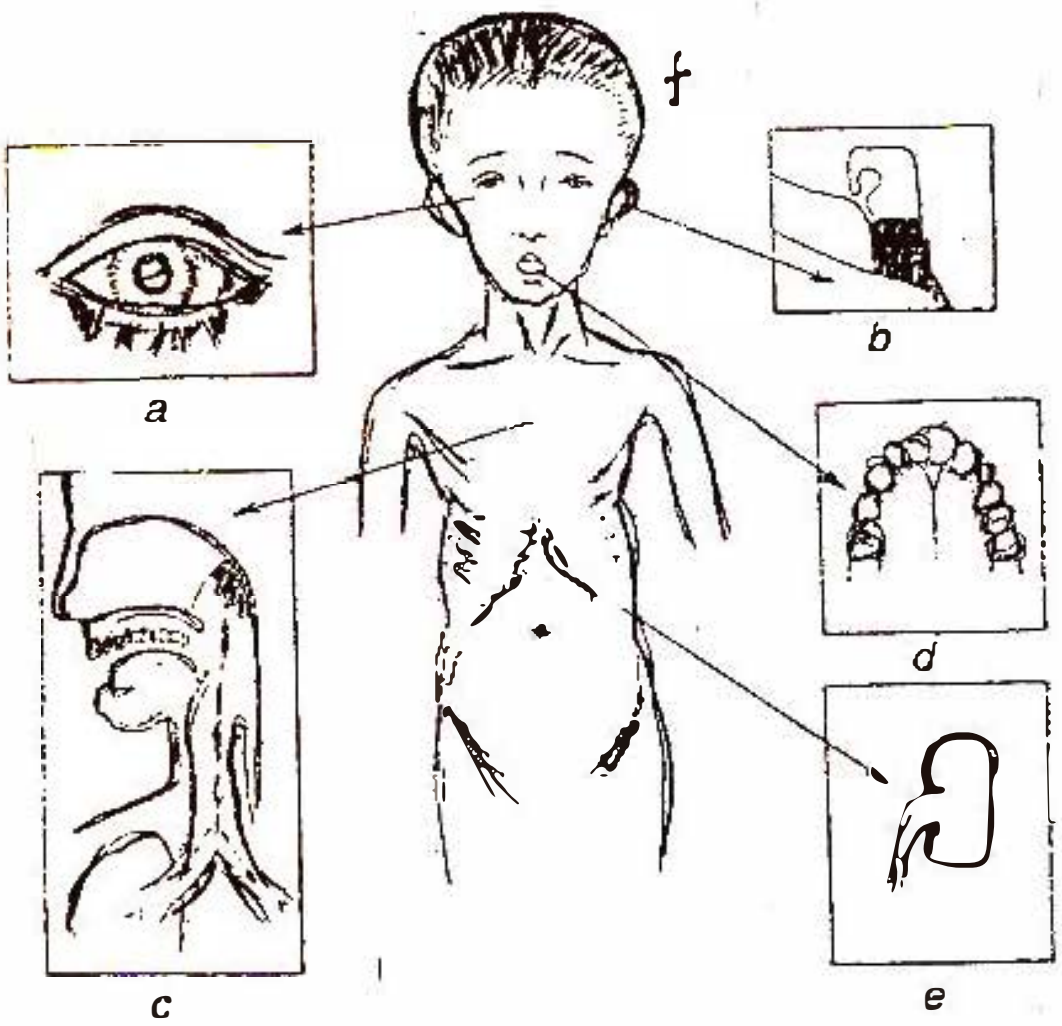


Fig. 48 – *Complicaţiile adenoiditei cronice*

a – Complicaţii oculare; b – Complicaţii auriculare; c – Complicaţii traheo-bronşice ; d – Complicaţii dentare şi bucale; e – Complicaţii renale; f – Facies adenoidian

	– asistenta din serviciul ORL, ambulatoriu sau spitalicesc pregăteşte copilul pentru intervenţia chirurgicală (ca şi pentru amigdalectomie) – supraveghează postoperator copilul trei-patru ore pentru ca secreţiile bucale să se scurgă în tăviţa renală. Linişteşte copilul să nu plângă, să nu se agite, pentru a preveni hemoragiile; timp de 24 ore recomandă regim hidric rece. Dacă intervin hemoragii administrează hemostatice – asistenta din ambulatoriu va îngriji copilul în continuare pentru combaterea sechelelor (anemia, rahitismul şi reeducarea respiraţiei)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU EPISTAXIS

Epistaxisul sau rinoragia reprezintă hemoragia care ia naştere în fosele nazale, având cauze locale şi generale

Culegerea datelor	– *circumstanţe de apariţie:* – persoane tinere, copii – persoane cu inflamaţii sau tumori nazale – persoane cu leucemie, hemofilie, HTA, avitaminoze – traumatisme – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome posibile) *• scurgerea sângelui prin fosa nazală de obicei unilaterală (când hemoragia este abundentă se elimină şi pe gură) • nelinişte • tahicardie, hipotensiune arterială (în funcţie de cantitatea de sânge pierdut) • paliditate*
Probleme	– alterarea respiraţiei şi circulaţiei – anxietate – stare de disconfort – risc de şoc hemoragic
Obiective	– oprirea hemoragiei în cel mai scurt timp – pacientul să fie echilibrat respirator şi circulator – pacientul să fie liniştit – să se înlocuiască masa de sânge pierdută (dacă este cazul)
Intervenţii	Asistenta: – aplică măsurile de prim ajutor – prin compresiune digitală asupra narinei care sângerează cel puţin 10 minute – prin tampon compresiv îmbibat în soluţie hemostatică (antipirină 10%, H_2O_2) – ajută medicul la aplicarea tamponamentului anterior sau după caz posterior în vederea hemostazei – evaluează gravitatea hemoragiei prin măsurarea pulsului şi a tensiunii arteriale; recoltează sânge pentru determinarea hemoglobinei, hematocritului – asigură repausul la pat pe partea care sângerează pentru pacienţii cu tendinţă la lipotimie – administrează medicaţia hemostatică recomandată de medic şi înlocuieşte pierderile cu sânge integral sau masă eritrocitară – aplică îngrijiri specifice în cazul epistaxisului cauzat de boli generale – HTA, hemofilie, avitaminoze

Îngrijirea pacientelor cu afecţiuni ale aparatului genital

NOŢIUNI DE ANATOMIA ŞI FIZIOLOGIA APARATULUI GENITAL FEMININ

Aparatul genital se compune din organe genitale externe, organe genitale interne şi glandele anexe.

Organele genitale externe cuprind: muntele lui Venus, labiile mari şi mici, organe erectile (bulbi vestibulari, clitoris şi corpusculii tactili speciali ai labiilor mici).

Organele genitale interne sunt reprezentate de: vagin, tuba (trompa) uterină, ovarul.

Vaginul este un conduct musculo-membranos lung de 9 cm, turtit antero-posterior care se continuă în sus cu uterul iar în jos se deschide în spaţiul dintre cele două labii mari (vestibulul vaginal) prin orificiul vaginal.

Peretele anterior al vaginului vine în raport cu vezica urinară, iar peretele posterior, cu rectul şi excavaţia recto-uterină.

Superior se inseră pe porţiunea vaginală a colului uterin formând fundul de sac vaginal căruia i se descriu patru porţiuni: una anterioară, două laterale şi o porţiune posterioară.

Peretele vaginului este alcătuit din: tunică exterioară (conjunctivă), tunica medie (musculară) şi tunica internă (mucoasa), perete care prezintă modificări morfologice şi biochimice în raport cu cantitatea de hormoni ovarieni, ceea ce permite o apreciere a activităţii ovarului. pH-ul vaginal variază între 4–4,8 (acid) în faza luteinică ajungând la 8 în timpul menstrei. În vagin există o floră microbiană saprofită constituită în marte parte din bacilii Döderlein. Această floră se schimbă în fiecare etapă a vieţii femeii (pubertate, sarcină, menopauză, contraceptie).

Uterul este un organ musculo-cavitar nepereche, situat în pelvis deasupra vaginului, între vezica urinară anterior, şi rect posterior. Are rolul să primească ovulul fecundat să-l protejeze în timpul dezvoltării şi să-l elimine la exterior după 270–280 zile.

Uterul are aproximativ formă de pară, cu extremitatea superioară mai mare (corpul uterin) din care pleacă trompele uterine şi cea inferioară strâmtă (colul uterin). Între corp şi col se găseşte o porţiune numită istm care în ultimele trei luni de sarcină formează segmentul inferior.

Uterul este format din trei tunici: seroasă la exterior, tunica musculară sau miometrul şi mucoasa la interior.

Mucoasa uterină (endometrul) este supusă unor modificări ciclice coordonate hormonal, se elimină lunar împreună cu o cantitate mică de sânge, reprezentând menstruația.

Trompele uterine (salpinge) – sunt două conducte în formă de trompetă, câte una de fiecare parte a uterului, făcând legătura între uter și ovar. Conduc ovulul captat din cavitatea abdominală până la locul de întâlnire cu spermatozoidul (treimea externă) și, după aceea, oul sau zigotul – către cavitatea uterină unde se nidează.

În unele cazuri oul nu poate migra până în cavitatea uterină (malformații de trompe, procese inflamatorii) și se dezvoltă în afara acesteia, reprezentând sarcina ectopică. Procesele inflamatorii pot determina înfundarea trompelor urmată de sterilitate.

Ovarele – sunt glande perechi cu dublă funcție, excretorie (gametogenă) de producere a celulelor sexuale feminine și secretorie sau endocrină de producere a hormonilor. Sub influența hormonilor apar caracterele sexuale principale și secundare specifice sexului feminin. Pe suprafața ovarelor există mici vezicule (foliculii ovarieni de Graaf) în număr de aproximativ 400 000 din care se maturează numai 300–400, restul degenerând. La nivelul foliculului are loc maturarea celulelor sexuale, după care ovulul este expulzat împreună cu o cantitate de lichid în cavitatea abdominală. La locul ruperii foliculului se dezvoltă corpul galben, care secretă progesteron. Dacă se produce fecundarea, corpul galben crește, acționează până în luna a 5-a – a 6-a de sarcină, iar în absența fecundării involuează.

Glandele anexe ale aparatului genital feminin sunt:

a) glandele lui Bartholin situate de o parte și de alta a orificiului vaginal, glandele lui Skene situate în apropierea uretrei, glandele vestibulare.

b) glandele mamare sunt două organe pereche cu rol esențial în hrănirea nou-născutului. Încep să se dezvolte mai vizibil în timpul pubertății și foarte mult în timpul sarcinii și alăptării. Au formă emisferică. În mijlocul feței convexe se observă o zonă circulară de culoare roz-brună, cu diametrul de aproximativ 3 cm care poartă numele de areolă mamară. În mijlocul areolei se găsește mamelonul, o proeminență cilindrică prevăzută cu pori galactofori. La unele femei, mamelonul nu este dezvoltat (mamelon ombilicat) aspect care trebuie avut în vedere pentru asigurarea alimentației la sân.

Ca structură, este o glandă tubuloacinoasă, alcătuită din lobi, lobuli și acini glandulari care sunt elementele secretoare. Secreția are loc în timpul alăptării sub influența prolactinei, dar și pe cale neuroreflexă, prin excitațiile produse la nivelul mamelonului prin actul sugerii.

Menstruația

Sub influența secrețiilor hormonale ovariene, secreție estrogenică în prima jumătate a ciclului și estrogeno-progesteronică în a doua jumătate, apar modificări la nivelul uterului, în general și a mucoasei uterine, în special, principala manifestare fiind menstruația.

Menstruația este pierderea de sânge prin căile genitale care se produce, de regulă, la interval de 28 zile. Apare la 11–14 ani și încetează la menopauză (40–50 ani) Durează, în medie, 4–5 zile.

În cazul fecundației și, respectiv, a sarcinii menstruația încetează, apărând ameroreea, care se prelungește pe o perioadă variabilă și în timpul lactației.

În lipsa fecundației, mucoasa uterină pregătită pentru nidație degenerează odată cu regresiunea corpului galben, cu scăderea foliculinei și a progesteronului. Printr-un mecanism neuroendocrin se produce vasoconstricție cu numeroase infarcte urmate de descuamare, deschiderea vaselor și sângerare. Stratul superficial al endometrului se distruge și se elimină, rămâne stratul bazal care, sub influența secreției de foliculină, începe un nou ciclu menstrual.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE A FEMEII

Sănătatea femeii are importanță deosebită pentru îndeplinirea rolului său social. Educația pentru sănătate începe de la vârste foarte tinere și trebuie adaptată fiecărei etape fiziologice din viața femeii.

Cunoștințele mamei se răsfrâng în viața de mai târziu a fetiței.

În prima copilărie și la vârsta preșcolară îmbolnăvirea este posibilă prin pătrunderea germenilor direct în căile genitale în timpul jocului, în locuri murdare și praf, dacă fetița nu este apărată prin lenjerie curată, frecvent schimbată. Jocul, viața în aer liber, mișcările, alimentația și somnul au importanță în dezvoltarea generală a organismului, trebuind dirijate cu grijă și supravegheate. Aceste îngrijiri revin mamei, care are datoria de a ajuta fetița să-și formeze deprinderi și comportamente pentru perioada următoare, când aceasta va fi capabilă să respecte singură măsurile de igienă.

Perioada prepubertară este caracterizată de dezvoltarea, extrem de rapidă, fizică și psihică, când pot apărea primele preocupări sexuale.

Alimentația bogată în vitamine, cu toate principiile de bază (glucide, protide, lipide), fortificarea organismului prin exerciții scutesc fetița de îmbolnăviri grave cu repercusiuni asupra întregii sale vieți.

Câștigarea încrederii, comunicarea directă cu mama, orientarea către preocupări intelectuale vor scuti fetița de pervertirile sexuale, de alterarea simțului moral.

Pubertatea este o perioadă critică. Sub influența hormonilor, dezvoltarea organismului este aproape terminată. Apare prima menstruație, se dezvoltă caracterele sexuale secundare. Pentru aceste transformări, fetița trebuie pregătită din timp. Va fi informată asupra eventualei stări de disconfort care poate însoți primele cicluri și va fi ajutată s-o combată. Va fi educată să păstreze o igienă riguroasă în timpul menstruației, prin: baie zilnică, schimbarea tampoanelor, evitarea oboselii.

Odihna, căldura locală, aspirina au un efect calmant asupra durerilor menstruale.

Când aceste dureri sunt mari și obligă fetița să-și întrerupă activitatea, este consultat medicul. Fetița trebuie informată asupra factorilor care accentuează starea de disconfort: stresul, oboseala. Uneori, în timpul menstruației apar: tendința la oboseală, lipsa de energie, se reține apă în organism, eliminarea producându-se în primele zile ale menstruației.

Perioada de activitate genitală se întinde până la încetarea progresivă a funcției aparatului genital, marcată de menopauză.

În această perioadă, tânăra femeie își întemeiază o familie, poate avea una sau mai multe sarcini, viața sexuală nefiind lipsită de riscuri, având în vedere posibilitatea transmiterii unor boli.

Femeia trebuie să păstreze în continuare o igienă riguroasă, să fie informată cu privire la riscul actului sexual neprotejat, al transmiterii bolilor pe această cale și, mai ales, implicațiile pe care aceste boli le au asupra sănătății, în general și asupra aparatului genital, în special. Afecțiunile inflamatorii pot fi cauza sterilității sau a sarcinii ectopice.

Contracepția și planificarea familială trebuie să fie cunoscute de către femei, astfel încât să evite sarcinile nedorite și, mai ales, întreruperea cursului prin avort la cerere sau empiric.

Femeile să fie informate că, și în situația în care întreruperea se face într-o unitate spitalicească, în cabinet de specialitate de către o persoană autorizată, intervenția nu este lipsită de riscuri, inflamațiile și sângerările nefiind rare.

Când femeia se hotărăște să devină mamă, ea trebuie să consulte un specialist și acest lucru este foarte important când în familie există probleme de ordin genetic sau alte boli cu transmitere ereditară.

Sarcina reprezintă o etapă deosebită în viața femeii, care va avea un rol în plus, acela de mamă, pentru care trebuie să fie pregătită să și-l asume.

Trebuie știut faptul că sarcina înainte de vârsta de 18 ani sau după 35 de ani, la femei care suferă de o boală pe care sarcina o poate agrava, ori la femei care au născut patru copii, crește riscurile din punct de vedere al sănătății.

În multe țări din lume și în țara noastră continuă să moară un număr mare de femei datorită avortului efectuat empiric. Decesele pot fi evitate prin utilizarea corectă a metodelor de contracepție printr-o educație corespunzătoare. Tuturor fetelor tinere trebuie să li se acorde timpul necesar să devină femei înainte de a deveni mame.

Din motive legate de sănătate, nici o fată nu ar trebui să aibă o sarcină înaintea vârstei de 18 ani. Copiii născuți de femei mai înainte de 18 ani au mai multe șanse să se nască prematur și să aibă greutate mică la naștere, iar nașterea poate fi mai dificilă.

După vârsta de 35 de ani, riscurile pentru sănătatea femeii legate de sarcină și naștere încep din nou să crească. Multiparitatea prezintă o serie de probleme, uterul fiind obosit, tonusul este scăzut, prezentațiile transverse sunt mai frecvente, de asemenea – accidentele hemoragice. Crește riscul nașterii unor copii malformați sau cu greutate mai mică.

Intervalul dintre două sarcini trebuie să fie cuprins între doi și patru ani, timp necesar pentru ca organismul matern să se refacă fizic și psihic, să-și refacă forța și energia.

Riscurile la naștere pot fi considerabil reduse prin controale repetate pe tot parcursul sarcinii, efectuate de către medicul generalist, medicul de Obstetrică-ginecologie și de asistentul medical.

În timpul sarcinii, femeia trebuie să fie informată asupra modificărilor organismului, a limitei creșterii în greutate care nu trebuie să depășească 12 kg.

Dacă în perioada copilăriei femeia nu a fost bolnavă, scade riscul de a avea probleme în cursul sarcinii și al nașterii.

Toate femeile care doresc o sarcină trebuie să știe că fumatul, alcoolul și drogurile exercită influențe grave asupra produsului de concepție.

Perioada de menopauză este o nouă etapă critică în viața femeii dominată de încetarea progresivă a funcției aparatului genital, însoțită de o serie de tulburării cum sunt: anomaliile menstruale, tulburările vasomotorii, sub forma valurilor de căldură (bufeuri), osteoporoză, ateroscleroză, modificări la nivelul tractului genitourinar. Femeia mai acuză: insomnie, iritabilitate, cefalee, instabilitate afectivă, depresie.

Probleme deosebite pune menopauza patologică sau cea determinată de intervențiile chirurgicale mutilante, care întrerup brutal activitatea hormonală.

Asistenta medicală poate fi un ajutor prețios pentru femeia preocupată de transformările care se produc în organismul ei, ca sursă de informații, sfătuitor și sprijin emoțional, în aplicarea tratamentului de substituție.

Consultarea medicului în anumite situații este necesară, controlul de specialitate de asemenea, pentru a preveni unele afecțiuni favorizate de încetarea funcției de protecție a hormonilor. Pot apărea și probleme ale cuplului din cauza scăderii libidoului.

În prezent, există o preocupare deosebită pentru tratarea menopauzei, constatându-se o creștere a speranței de viață, a limitei vârstei active.

Autoexaminarea sânului trebuie să stea în atenția oricărei femei și orice modificare trebuie raportată medicului. Femeia va fi instruită cum să examineze sânul sistematic, contribuind, în acest fel, la depistarea precoce a tumorilor de sân.

Fiecare femeie trebuie să cunoască câteva noțiuni deosebit de importante: ● boala apare cu precădere între 40 și 60 de ani, dar practic poate surveni la orice vârstă ● cu cât tumora este depistată mai devreme, cu atât șansele de vindecare sunt mai mari ● autopalparea sistematică poate depista boala în faze incipiente, încât vindecarea să poată fi posibilă ● amânarea prezentării la medic scade șansele vindecării.

De asemenea, este necesar să fie cunoscute semnele de alarmă: ● prezența unei tumori la nivelul sânului, de obicei nedureroasă ● apariția unei secreții prin mamelon, mai ales dacă este sanguinolentă și într-o singură parte ● modificarea conturului sânului, retracția pielii sau a mamelonului, aspect de „coajă de portocală" ● prezența unui nodul în axilă.

Aceste semne nu sunt evidente de la început, de aceea trebuie căutate atent și sistematic, periodic după o anumită tehnică.

Intervalul optim dintre două examinări este de o lună, în special după ciclu.

Asistenta medicală trebuie să instruiască femeia cum se face autoexaminarea: ● femeia se așază în picioare în fața oglinzii, și începe prin vizualizarea din față a sânilor și din profil ● se poate observa la primul examen o ușoară asimetrie sau diferență de dimensiune, fără nici o semnificație patologică ● se observă dacă nu există o bombare sau o retracție a pielii. Se exercită o ușoară presiune în jurul mamelonului (manevră asemănătoare mulgerii), pentru a provoca o eventuală secreție neobservată ● se face palparea propriu-zisă, totdeauna cu mâna opusă sânului examinat ● o modalitate simplă și eficientă de autopalpare se realizează astfel: a. se delimitează aria

de examinat între o linie care trece la nivelul claviculei şi alta situată submamar, iar lateral de la stern până în mijlocul axilei (Fig. 49 a); *II.* examinarea se începe din axilă, coborând şi urcând pe direcţie verticală pe toată aria delimitată (Fig. 49 b); *III.* palparea se face cu toată suprafaţa celor patru degete (nu cu vârful), realizând mici cercuri pe fiecare porţiune atinsă (Fig. 49 c); *IV.* se iace întâi palparea superficială, exercitând o presiune uşoară în vederea depistării unor tormaţiuni aflate în vecinătatea pielii, aopi o palpare profundă, cu o presiune mai fermă (până la limita durerii), care permite deiectarea unor noduli aflaţi în profunzime • examinarea se mai poate face asemănând sânul cu cadranul unui ceasornic împărţit în 12 zone, corespunzătoare

Fig. 49

a) Delimitarea ariei — *b) Examinarea prin mişcări verticale* — *c) Palparea prin mişcări circulare*

fiecărei ore. Femeia se aşază pe spate (Fig. 50), pune sub umărul din partea examinată un prosop sau o pernă, introduce mâna de aceeaşi parte sub cap, realizând o distribuţie uniformă a sânului pe piept. Palparea începe cu pozitia orei 12, prin mişcări circulare în sensul acelor de ceasornic, iar la sfârşit se strânge uşor mamelonul între degetul mare şi arătător, pentru a observa o eventuală secretie • după ce întregul sân

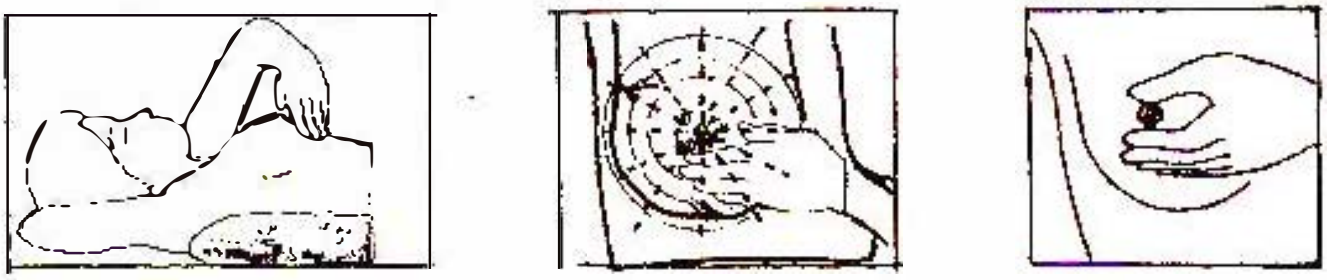


Fig. 50. *Împărţirea sânului asemănător cadranului unui ceasornic*

a fost pa pat cu atenţie, se examinează axila şi apoi se trece la sânul opus în aceeaşi ordine.

Metoda autopalpării reprezintă în prezent, singura modalitate prin care tumorile maligne pot fi descoperite timpuriu, când tratamentul este eficace şi uneori nemutilant.

Prezentarea la medic este obligatorie pentru examinări suplimentare (mamografie, biopsie etc.), pentru stabilirea diagnosticului şi posibila mamectomie, terapie cu raze, chimioterapie şi terapie hormonală.

EXPLORĂRI PARACLINICE ŞI DE LABORATOR ÎN GINECOLOGIE

• Histerometria	– măsoară cavitatea uterină şi precizează direcţia acesteia. Nu se face în sarcină.
Colpopunctia	– sau punctia fundului de sac – este indicată pentru precizarea diagnosticului în sarcina extrauterină, piosalpinx, hidrosalpinx.
• Examenul secreţiei vaginale	Condiţii de recoltare: nu se fac irigaţii vaginale, nu se introduc medicamente local, este interzis contactul sexual cu 48 de ore înainte. Se fac examene: bacteriologice (pentru diagnostic şi antibiogramă), citologice (pentru studierea tipurilor de celule descuamate sau desprinse din col), parazitologice (din secreţia proaspătă pentru trichomonas), pentru depistarea Candidei. Testul Babeş-Papanicolau este un examen citologic utilizat pentru depistarea precoce a cancerului de col şi corp uterin. Se recoltează din fundul de sac posterior, din endocol (dacă orificiul extern este întredeschis) şi de la nivelul joncţiunii epiteliului pluristratificat pavimentos al exocolului cu epiteliul unistratificat cilindric endocervical. Celulele împărţite în cinci clase, pot avea următoarele semnificaţii: C I sunt celule absolut normale; C II sunt celule cu modificări minime, benigne, de tip inflamator; C III sunt celule anormale, suspecte, neconcludente pentru malignitate; C IV sunt celule cu caracter puternic sugestiv neoplazic şi C V sunt numeroase celule neoplazice concludente.
Testul Lahm-Schiller (testul cu Lugol)	– detectează stările precanceroase ale colului uterin, bazându-se pe proprietatea epiteliului normal exocervical şi vaginal de a se colora în brun-acaju cu o soluţie iodo-iodurată. Poate fi folosit pentru depistarea în masă a cancerului de col uterin. Leziunile nu se colorează, ceea ce permite efecluarea biopsiei dirijate.
Colposcopia	– examenul endoscopic al colului uterin, se realizează după badijonarea cu acid acetic 2–3% urmată de efectuarea testului Lahm-Schiller. Este metoda suplimentară de cercetare a leziunilor exocervicale descoperite la examenul cu valve.
Celioscopia	– este o endoscopie a cavităţii pelviene după instituirea pneumoperitoneului. Permite punctia unor formaţiuni chistice ovariene, localizarea sediului obstrucţiei tubare, precizarea cauzelor unor dureri pelviene.
• Biopsia de col – biopsia de endometru	– constă în prelevarea unui fragment de ţesut pentru examenul histopatologic. Endometrul se recoltează prin meloda chiuretajului uterin.

Insuflaţia utero-tubară	– evidenţiază permeabilitatea trompelor prin introducerea unui gaz, de preferinţă CO_2, în interiorul cavităţii uterine şi trompe cu ajutorul unui aparat special. Se face între zilele a 8-a şi a 12-a a ciclului, după administrarea unui sedativ. Gazul introdus produce un zgomot când trompa este permeabilă, care poate fi perceput cu ajutorul stetoscopului. Femeia poate să prezinte senzaţie de rău, greaţă sau tuse, ceea ce impune oprirea tehnicii.
Histerosalpingografia	– este examenul radiologic al corpului şi istmului uterin, al trompelor, verificând permeabilitatea. Poate să evidenţieze malformaţii uterine, deviaţii ale uterului, sterilitatea de cauză uterină sau tubară, tumori endocavitare, noduli, uter infantil, sinechia uterină.
Ecografia	– examen cu ultrasunete ce evidenţiază tumori, sarcina asociată cu fibrom uterin.
Investigaţii genetice	– a) determinarea cromatinei sexuale în disgenezii gonadice şi intersexualitate; – b) determinarea cariotipului în aceleaşi afecţiuni, în plus în sterilitatea primară şi amenoreea primară.
Curba termică	– vezi explorarea ovarului endocrin
Examinarea paraclinică a sânului	– a) termografia se realizează cu raze infraroşii şi se bazează pe proprietatea ţesutului malign de avea o temperatură crescută faţă de ţesuturile vecine sănătoase sau faţă de zona simetrică. Diferenţa de temperatură variază între 1°C şi 8°C; – b) mamografia este principala metodă de depistare a cancerului de sân, fiind propusă ca metodă de screening; – c) galactografia constă în injectarea unei substanţe de contrast în unul din canalele galactofore cu ajutorul unui ac bont introdus prin orificiul mamelonar care prezintă scurgerea patologică. În cancer, în dreptul tumorii, canalul galactofor nu se evidenţiază; – d) examenul citologic al scurgerilor mamelonare poate fi util mai ales atunci când există secreţie care poate fi obţinută din scurgere spontană sau la exprimarea mamelonului; – e) citologia prin puncţie are valoare deosebită, rezultatele fiind corecte (edificatoare) în proporţie de peste 90%; – f) rezonanţa magnetică nucleară este un examen netraumatizant, simplu şi rapid; identifică recidivele locale ale unui cancer după tratamentul conservator şi formaţiuni tumorale palpabile, care nu pot fi bine definite de mamografie sau ecografie. Evaluează chimioterapia în pregătirea preoperatorie pentru tumorile mamare voluminoase, dar prezintă dezavantajul costurilor crescute; – g) examen fără risc, ecografia uşurează orientarea puncţiei citologice, evidenţiază semne suspecte şi specifice de malignitate.

EXAMINAREA PACIENTEI CU AFECŢIUNI GINECOLOGICE

Examinarea pacientei reprezintă o etapă importantă în îngrijirile medicale ce i se acordă şi necesită câştigarea încrederii, respectarea intimităţii.

Cuprinde: – interviul (interogatoriul)
– examenul clinic general
– examenul ginecologic
– examene paraclinice şi de laborator

Asistenta participă la examinare, pregăteşte şi ajută pacienta, pregăteşte materialele necesare, culege propriile informaţii.

Culegerea datelor	Se consemnează: **Interviul** – *vârsta* – are importanţă deosebită, incidenţa unor afecţiuni fiind în legătură cu perioada de activitate genitală – *ocupaţia* favorizează apariţia unor îmbolnăviri – *motivele internării* sau solicitării examenului: durere, pierderi de sânge prin vagin, alte simptome asociate (febră cu frison, vărsături). – *antecedente heredocolaterale.* Informează asupra stării sănătăţii persoanelor cu care pacienta conviefuieşte (mediul bacilar, sifilis, tulburări endocrine) – *antecedente personale fiziologice* – data primei menstruaţii (menarha), caracterele ciclului menstrual în perioada pubertăţii şi după pubertate, înainte şi după căsătorie (după începerea vieţii sexuale). Se notează: ritmul, durata, cantitatea, manifestări însoţitoare pre- şi postmenstruale (dureri, cefalee, vărsături). – antecedente obstetricale: număr de sarcini, număr de naşteri, evoluţia sarcinilor şi desfăşurarea naşterilor; avorturi spontane (cauza), provocate, naşteri premature sau cu feţi morţi, eventuale sechele (ruptură de perineu). Antecedente ginecologice: vulvovaginite, hemoragii în perioada pubertară, eventual operaţii pe aparatul genital, tratamente efectuate – antecedente medicale sau chirurgicale: boli infecto-contagioase, dermato-venerice, intervenţii chirurgicale, afecţiuni neuroendocrine cu răsunet asupra întregului organism şi sferei genitale. – *condiţii de viaţă şi muncă.* Se obţin date în legătură cu factorii de mediu extern care exercită influenţa asupra organismului femeii. – istoricul consemnează simptomele funcţionale de boală: data şi circumstanţele de apariţie, intensitatea, durata, simptome însoţitoare, tratament urmat. **Examenul clinic general** *Se observă:* – culoarea tegumentelor: paloare în anemii, galben ca paiul (posibil cancer) – *aspectul general:* conformaţie, repartizarea ţesutului adipos, eventuale localizări caracteristice, înălţimea, repartizarea pilozităţii.

Examenul abdomenului

– *la inspecţie* se poate evidenţia o creştere anormală de volum datorită unor tumori; vergeturi vechi, prezenţa circulaţiei colaterale, leziuni de grataj.

– *la palpare,* făcută cu blândeţe, cu mâna încălzită, se poate evidenţia existenţa unei tumori, mobilitatea acesteia, volumul, consistenţa.

– *la percuţie* medicul apreciază forma şi dimensiunea tumorii prin delimitarea ariei matităţii.

Examenul genital

– se goleşte vezica urinară şi rectul, se aşază pacienta într-o poziţie comodă care să asigure relaxarea (poziţie ginecologică).

Inspecţia vulvei. Se observă conformaţia labiilor, anomalii, inflamaţii (bartholinite), rupturi de perineu. Pacienta este rugată să tuşească, să se screamă pentru a evidenţia modificări la nivelul peretelui vaginal. Mai pot fi depistate vegetaţii, herpesul genital.

Examenul cu valvele. Permite observarea cavităţii vaginale, a colului uterin, prelevarea de secreţii vaginale sau din canalul cervical. Nu se face la virgine, în vaginism, în operaţii cu suturi recente ale perineului, existând pericolul dehiscenţei plăgii.

Tactul vaginal. Combinat cu palparea abdominală, efectuat în poziţie ginecologică, oferă informaţii despre vagin, col, corp uterin şi anexe. Poate fi însoţit de anumite reacţii din partea femeii determinate, în principal, de durere.

Tactul rectal. Este rezervat virginelor, poate evidenţia o tumoră genitală sau extra-genitală, colecţii în fundul de sac posterior.

Examenul sânului

Cancerul mamar reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, astfel încât cu ocazia oricărui consult nu trebuie omisă examinarea sânului, iar femeia trebuie instruită să se autoexamineze.

La inspecţie se observă: asimetria sânilor prin mărirea anormală a unuia din cauza unui proces tumoral, proces inflamator sau micşorarea sânului din cauza unui proces de retracţie. Sunt evidenţiate modificări de contur, retracţia mamelonului, modificări tegumentare (eritem, edem).

La palpare, practicată cu feţele palmare ale degetelor aflate în extensie şi alăturate, prin mişcări circulare, succesive se pun în evidenţă noduli. Pot apărea secreţii mamelonare determinate de o tumoră hipofizară (prolactinom), scurgeri serosanguinolente în cancer.

(Semne şi simptome în afecţiunile ginecologice)

● *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome posibile):

Durerea

– apare în afecţiuni ginecologice inflamatorii, în sarcina patologică, dismenoree, dispareunie.

– este localizată în hipogastru şi fosele iliace, iradiază către vulvă şi vagin, alteori către lombe, intensitatea fiind proporţională cu leziunile găsite.

– poate fi:

a. supraacută, de intensitate mare în sarcina ectopică ruptă, perforaţia piosalpinxului, torsiunea unei tumori, criza intermenstruală.

b. acută în inflamaţii genitale, iminenţa de avort, fibrom uterin

c. subacută în unele tumori

d. cronică în inflamaţiile cronice, tulburările de statică uterină

e. periodică manifestată premenstruat sau menstrual.

Hemoragia

are numeroase cauze: endocrine (hipefoliculinemia, tulburări tiroidiene), dismetabolice, după tratamente hormonale, boli de sânge, locale (fibrom, polipi, chist de ovar, avort, sarcină ectopică, cancer).

– aspectul sângelui diferă în funcţie de cauză: roşu deschis în avort, fibrom; roşu închis negricios în sarcina extrauterină; roşu spălăcit, fetid în cancer.

– ritmul: hemoragia este discontinuă în cancer, fibrom, sarcină extrauterină, inflamaţii, tumori de ovar, în hemoragiile intermenstruale, premenstruale sau postmenstruale.

– este însoţită de durere cu caracter colicativ în sarcina extrauterină, polipi sau avort în curs de efectuare; paroxistică cu leşin în sarcina ectopică; permanentă în inflamaţiile cronice.

Leucoreea

este o scurgere vaginală albicioasă sau gălbuie, cantitatea poate creşte înainte şi postmenstrual.

– în cantitate redusă este fiziologică, creşterea fiind rezultatul unor afecţiuni vulvovaginale în principal, dar şi ale corpului şi colului uterin, trompelor sau după intervenţii chirurgicale.

– aspectul poate fi un bun indicator pentru cauza care a produs-o:

– în trichomoniază: leucoree spumoasă, aerată, cu miros de varză murată, însoţită de prurit

– în Gonoree este abundentă, cremoasă, verzuie, însoţită de prurit

– în candidoză: este grunjoasă, de consistenţa şi culoarea iaurtului

– în cancer genital este rozată, fetidă, cu aspect de „spălătură de carne"

– în vaginita diabetică este abundentă, cu depozite albe, şi prurit intens

– în vaginită senilă este moderată, subţire, uneori muco-purulentă, fetidă, asociată cu prurit şi mici cheaguri

– în cervicovaginite este nespecifică, moderată, fără prurit

	Modificări ale ciclului menstrual – tulburări de flux: hiper- sau hipomenoree – tulburări de ritm: poli- sau oligomenoree – absenţa ciclului: amenoree primară sau secundară Tulburări sexuale – vaginism – constricţia involuntară a vaginului cu reflex de recul sau apărare care face imposibil actul sexual – dispareunia poate fi întâlnită în vaginită, inflamaţii pelviene sau este de origine psihică – frigiditatea – absenţa orgasmului putând fi asociată cu scăderea sau absenţa libidoului Alte simptome – pruritul poate fi întâlnit la persoanele în vârstă (prurit senil) antrenează leziuni de grataj. Alte cauze: pitiriaza pubiană, oxiureza, alergia la lenjerie sau poate avea origine psihică.
Probleme	– alterarea confortului în legătură cu durerea, scurgerile vaginale – teama de operaţie mutilantă, de sterilitate, de evoluţia gravă sau de reacţia soţului, de tehnicile invazive – deficit de cunoştinţe în legătură cu: ovulaţia şi funcţia sexuală, transmiterea bolilor sexuale, simptomele cancerului – deficit de autoîngrijire în legătură cu igiena perineală, cu vindecarea – perturbarea conceptului de sine în legătură cu schimbarea schemei corporale, cu transmiterea bolilor sexuale – disfuncţie sexuală în legătură cu schimbarea schemei corporale – alterarea nutriţiei (mai puţin decât nevoile organismului) – lezarea integrităţii tegumentelor în legătură cu pruritul, scurgerile vaginale – alterarea eliminărilor intestinale: constipaţie – alterarea eliminărilor urinare; polakiurie, incontinenţă
Obiective	Pacienta: – să nu prezinte durere, să se poată odihni – să-şi exprime temerile, mâhnirea: să vorbească deschis despre operaţie şi limitările impuse – să demonstreze cunoaşterea simptomelor cancerului – să enumere bolile cu transmitere sexuală, să identifice simptomele acestora, să cunoască mecanismele ovulaţiei şi manifestările însoţitoare – să-şi menţină regiunea perineală curată – să nu prezinte leziuni cutanate – să menţină o stare de nutriţie adecvată – să discute despre noua sa imagine corporală – să demonstreze înţelegerea, acceptarea modificărilor funcţiei sexuale

Intervenţii	Asistenta – asigură liniştea şi confortul prin: – calmarea durerii cu medicamentele recomandate de medic, în funcţie de cauză şi intensitate – instruirea pacientei asupra mecanismului durerii, a caracterului, a necesităţii anunţării în cazul in care se accentuează – încurajează pacienta şi o informează cu privire la: – modificările ce pot avea loc în organismul său şi combaterea acestora – manifestării legate de ovulatie, stare de disconfort – modalităţi de prevenire a infecţiilor secundare în contaminarea cu germeni din regiunea anală – instruieşte pacienta cu privire la semnele şi simptomele cancerului, cu tehnica autoexaminării sânului – explică modul de transmitere pe cale sexuală a unor boli; implicaţia acestora asupra stării de sănătate prezente şi viitoare – informează pacienta cu privire la principalele manifestări ale bolilor transmise sexual, importanţa consultării medicului, protecţia partenerului, tratarea ei şi a partenerului – instruieşte pacienta asupra metodelor de contracepţie în afecţiunile care influenţează sarcina sau care sunt influenţate de sarcină, cât şi a mijloacelor de protecţie sexuală – explică importanţa alimentaţiei pentru organism, a necesităţii unui anumit regim; supraveghează şi notează cantitatea de lichide şi alimente ingerate, asigură necesarul zilnic pentru menţinerea greutăţii în limite normale – îşi rezervă un timp îndelungat pentru discuţii cu pacienta, dându-i posibilitatea – să vorbească despre imaginea sa corporală – despre posibilitatea reluării activităţii, de reintegrare – încurajează pacienta cu privire la evoluţia bolii, o ajută să accepte anumite limite – combate temerile privind satisfactia sexuală, pierderea feminităţii după anumite intervenţii – încurajează pacienta cu colpectomie, ajutând-o să accepte limitele impuse de boală – încurajează relaţiile cu familia, ajută membrii familiei să înţeleagă pacienta, s-o sprijine – combate teama legată de investigaţii, obţine colaborarea, însoţeşte pacienta la explorări, administrează sedative când este nevoie – observă sângerarea (cantitate, aspect, ritm, legătura cu alte manifestări) – supraveghează vindecarea unor leziuni – combate cauzele care determină tulburări ale eliminărilor urinare

ÎNGRIJIREA PACIENTEI CU INFLAMAŢII GENITALE

Inflamaţiile genitale cuprind: afecţiuni ale vulvei şi vaginului, uterului şi trompelor, peritoneului pelvin.

Deşi localizate la niveluri diferite ale aparatului genital, ele au cauze şi unele manifestări comune, pot fi prevenite prin aceleaşi măsuri, beneficiază de îngrijiri asemănătoare.

Pot fi favorizate de traumatisme repetate în aceeaşi regiune, de tulburări endocrine, de scăderea rezistenţei organismului.

Cel mai adesea, inflamaţiile sunt produse de gonococi, streptococi, stafilococi, germeni anaerobi, bacili Koch sau de paraziţi ca trichomonas, ciuperci parazite.

PACIENTA CU VULVOVAGINITĂ

Vulvovaginitele sunt inflamaţii ale mucoasei vulvare, dar, mai ales, vaginale, produse de agenţi infecţioşi, chimici, mecanici, alergici.

Sunt favorizate de lipsa de igienă, de carenţa de estrogeni. Agenţii patogeni fac parte din cei transmişi pe cale sexuală.

Culegerea datelor	Manifestări de dependenţă (semne şi simptome): – leucoreea (poate avea aspecte caracteristice în funcţie de cauză) – pruritul vulvovaginal, arsuri – vaginism, dispareunie – modificări ale mucoasei vaginale şi vulvare – se asociază tulburări urinare
Probleme	– posibilă infecţie – alterarea imaginii de sine în legătură cu bolile transmise sexual, cu posibilitatea de a se croniciza – deficit de cunoştinţe în legătură cu evolutia bolii şi eventuale complicaţii – posibilă alterare a integrităţii tegumentelor şi mucoaselor în legătură cu leziunile determinate de scurgeri, prurit – alterarea vieţii sexuale în legătură cu posibilitatea transmiterii bolilor în timpul actului sexual
Obiective	– să nu prezinte semne de infecţie, scurgeri – să exprime creşterea stimei de sine – să verbalizeze cauzele bolilor – să-şi menţină o bună igienă locală – să exprime grija faţă de partener ca posibilă sursă de infecţie
Intervenţii	Asistenta – încurajează creşterea ingestiei de lichide – asigură o dietă echilibrată, cu alimente prezentate atractiv – asigură odihna

	– Instruieşte pacienta – să se aşeze într-o poziţie care să favorizeze drenarea secreţiilor – să nu folosească tampoane intravaginale, să nu facă irigaţii fără indicaţie medicală – să păstreze o igienă locală corespunzătoare, să poarte lenjerie de bumbac – să evite traumatizarea regiunii. săpunurile tari, spray-ul, sărurile de baie, pudrele deodorante cu efect iritant – să raporteze medicului orice semne care anunţă recidiva – să se prezinte la control medical periodic – Informează pacienta cu privire la: – posibilitatea de reinfecţie şi de transmitere a bolii – tratament şi modul de aplicare – necesitatea repausului sexual pe durata tratamentului (aproximativ 10 zile) – importanţa folosirii prezervativului – Apreciază nivelul de suferinţă (mâhnire) a persoanei diagnosticată cu boală transmisă sexual; îşi rezervă mai mult timp pentru a discuta cu pacienta, pentru a o asculta şi sfătui, ajutând-o să depăşească perioada de boală.

PACIENTA CU BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ

Boala inflamatorie pelvină cuprinde infecţii ale uterului, anexelor şi peritoneului pelvin.

Culegerea datelor	– cauze determinante: agenţi patogeni transmişi în timpul actului sexual sau a unor investigatii, după manevre abortive, după intervenţii chirurgicale – cauze favorizante: nerespectarea măsurilor de asepsie şi antisepsie, lipsa de igienă, tampoane vaginale neschimbate mai mult de patru ore, leziuni de grataj, debilitate fizică generală, diabet *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome): – durere în hipogastru sau în fosa iliacă, în funcţie de localizare; jenă, senzaţie de greutate – leucoree prezentă sau absentă, alteori în cantitate redusă – febră în formele acute – tulburări urinare – balonare, greţuri, uneori vărsături, influenţarea tranzitului intestinal când este interesat peritoneul pelvin – tulburări menstruale – oboseală, indispoziţie

Probleme	– alterarea confortului din cauza durerii – deficit de cunoştinţe în legătură cu evoluţia, complicaţiile şi îngrijirile ulterioare – alterarea vieţii sexuale în legătură cu bolile transmise sexual şi cu durerea – potenţial deficit de volum lichidian în legătură cu greţurile şi vărsăturile
Obiective	Pacienta – să exprime diminuarea sau dispariţia durerii – să demonstreze cunoştinţe despre cauzele, evoluţia şi complicaţiile bolii – să-şi menţină volumul de lichide în limite normale – să explice necesitatea întreruperii relaţiilor sexuale pe perioada tratamentului
Intervenţii	Asistenta – se preocupă de asigurarea condiţiilor de odihnă şi relaxare, creşterea confortului: – repaus fizic, poziţie relaxantă – ajutor din partea familiei – calmarea durerii cu antialgice – igienă locală – apreciază nivelul de cunoştinţe al pacientei şi gradul de anxietate – discută cu pacienta: – posibilitatea apariţiei unor complicaţii: (durerea cronică, sterilitatea şi/sau sarcina ectopică) – riscul alterării sănătăţii prin parteneri sexuali multipli. – informează pacienta cu privire la: – bolile transmisibile sexual şi prevenirea acestora – importanţa tratamentului şi controlului medical – importanţa creşterii aportului de lichide în caz de febră, vărsături – administrează tratamentul cu antibiotice şi antiinflamatorii conform prescripţiei medicale; montează la nevoie perfuzie endovenoasă – instruieşte pacienta: – să evite ortostatismul prelungit, frigul, umezeala – să combată constipaţia deoarece favorizează congestia pelvină – să poarte lenjerie de bumbac, să nu introducă tampoane intravaginale – măsoară temperatura, pulsul, tensiunea arterială, înregistrează valorile

ÎNGRIJIREA PACIENTEI CU PROLAPS GENITAL

Prolapsul genital reprezintă coborârea organelor genitale, ca urmare a slăbirii mijloacelor de susţinere (planşeul pelviperineal) şi de suspensie (ligamentele uterine).

Coborârea este mai mult sau mai puţin accentuată realizând diferite grade de prolaps:

– gradul I: uterul coboară în interiorul vaginului, colul nu se evidenţiază la vulvă; coboară peretele anterior al vaginului, antrenând vezica (cistocel) şi peretele posterior sau/şi rectul (rectocel);

– graul II: uterul este coborât, colul apare la vulvă între cistocel şi rectocel;

– gradul III: uterul iese în afara vulvei, ca o tumoră acoperită de mucoasa vaginală violacee, congestionată.

Culegerea datelor	Cauza principală: ruptura de perineu în urma naşterilor *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome): – senzaţie de greutate şi tracţiune dureroasă în hipogastru, iradiată în plicile inghinale – senzaţie dureroasă în lombe În ambele situaţii, durerea se accentuează la efort, dar diminuează în decubit dorsal. – tulburări urinare: incontinenta la efort apoi şi-n ortostatism, mai târziu retenţie; disurie, polakiurie – tulburări intestinale: constipaţie, incontinenţa gazelor sau a materiilor fecale în situaţia în care este interesat sfincterul anal – leucoree, când se asociază leziuni ale colului (infecţii cronice, edem, eroziuni).
Probleme	– alterarea imaginii corporale din cauza coborârii uterului – alterarea stimei de sine (scăderea demnităţii) din cauza incontinenţei urinare, a tulburării actului sexual; posibilă alterare a relaţiilor familiale – alterarea confortului din cauza durerii, incontinenţei, leucoreei – alterarea eliminărilor intestinale – posibila alterare a stării de sănătate din cauza leziunilor asociate – deficit de cunoştinte în legătură cu operaţia
Obiective	Pacienta trebuie: – să-şi menţină o bună igienă locală – să nu prezinte semne de infecţie, leziuni asociate – să elimine normal – să crească stima de sine, să accepte operaţia – să demonstreze cunoaşterea autoîngrijirii după operaţie

Intervenţii	Asistenta – previne apariţia prolapsului prin: ● apărarea perineului la naştere ● îngrijirea corectă a plăgii perineale ● împiedicarea relaxării planşeului pelviperineal postpartum, mobilizând lăuza precoce şi sfătuind-o să contracte şi să relaxeze voluntar musculatura pelviperineală ● instruirea lăuzei să nu forţeze planşeul prin şedere în poziţie şezând, în primele zile de la naştere. – instruieşte pacienta cu privire la menţinerea igienei locale, prevenirea incontinenţei: ● spălarea repetată, uscarea regiunii ● folosirea tampoanelor absorbante ● evitarea efortului fizic şi a ortostatismului prelungit ● evitarea alimentelor care produc gaze şi constipaţie ● observarea cantităţii şi aspectului leucoreei, informarea medicului, asistentei. – sfătuieşte pacienta să se prezinte la medic, să accepte intervenţia chirurgicală – asigură pregătirea preoperatorie şi îngrijirea postoperatorie – instruieşte pacienta cu privire la ingrijirea postoperatorie: ● să evite efortul fizic ● să evite ortostatismul prelungit şi poziţia şezând ● să evite relaţiile sexuale timp de 6–8 săptămâni.

ÎNGRIJIREA PACIENTEI CU AFECŢIUNI TUMORALE ALE APARATULUI GENITAL

Tumorile genitale reprezintă formaţiuni chistice sau solide, benigne sau maligne, localizate la nivelul aparatului genital feminin.

Se dezvoltă lent la început, fără simptome, apoi, pe măsură ce cresc, apar tulburări menstruale, leucoree, durere.

Cele mai frecvente sunt: fibromul uterin, chistul ovarian, cancerul ovarian, leziunile precanceroase, cancerul de col.

Culegerea datelor	– apar de obicei după 30 de ani, cu excepţia chistului dermoid, care apare şi în copilărie – cancerele ovariene se întâlnesc şi în perioada prepubertară şi climacteriu (50% din tumorile ovariene) – pentru cancerul de col, factorii de risc stabiliţi prin studii epidemiologice sunt: parteneri sexuali multipli, debutul vieţii sexuale înainte de 17 ani, tabagismul, nivel socioeconomic scăzut, carenţe de vitamine

	Manifestări de dependenţă (semne şi simptome): – sângerarea are caracteristici diferite, în funcţie de tumoră: ● în fibrom: menoragie prelungită, cu cheaguri în formele submucoase, pot apărea şi tulburării menstruale (metroragii) care să determine anemie ● în cancerul de col: sângerări reduse cantitativ, intermitente la contactul sexual sau după spălări vaginale ● în chistul de ovar: apare mai rar menometroragia, mai frecvent – amenoreea, hipomenoreea, dismenoreea. –durerea ● se manifestă, de obicei, ca o jenă, tensiune în abdomenul inferior ● este însoţită de febră, greţuri, vărsături în torsiunea de chist ● în cancer apare, în formele avansate, putând fi continuă sau intermitentă. – leucoreea ● este prezentă în cancer, apare înaintea sângerării şi este, de obicei, neglijată ● poate avea aspect caracteristic. – alte manifestări în neoplasme: ● tulburări urinare – disurie, polakiurie, nicturie în cancerul uterin şi ovarian ● tulburării digestive – constipaţie, colici intestinale, tenesme rectale ● scădere în greutate.
Probleme	– deficit de cunoştinţe – anxietate în legătură cu investigaţiile şi cu diagnosticul – teama în legătură cu intervenţia – posibilă alterare a relaţiilor sexuale din cauza tratamentului, scăderii libidoului după operaţie, dispareuniei determinată de scăderea estrogenilor – posibilă alterare a imaginii de sine din cauza operaţiilor mutilante (histerectomie, anexectomie).
Obiective	Este necesar ca pacienta: – să cunoască şi să înţeleagă importanţa controlului medical periodic – să cunoască tehnica investigaţiilor, să accepte diagnosticul – să participe la pregătirea preoperatorie, la îngrijirea postoperatorie

	– să poată reveni la o viaţă a cuplului normală; să accepte limitările – să accepte noua imagine corporală; să-şi poată îndeplini rolul obişnuit.
Intervenţii	– pentru depistarea precoce a afecţiunilor tumorale, asistenta sfătuieşte femeia să se prezinte periodic la control ginecologic şi la primele semne de boală – pentru scăderea anxietăţii şi a fricii legate de operaţie: ● câştigă încrederea pacientei ● o încurajează, îi explică desfăşurarea unor investigaţii, o însoţeşte în timpul efectuării acestora ● însoţeşte pacienta la tratamentele efectuate (preoperator – radioterapie) ● ajută pacienta să accepte operaţia (ca singura variantă în majoritatea afecţiunilor tumorale) ● facilitează prezenta familiei, a persoanelor semnificative pentru pacientă ● ajută membrii familiei să înţeleagă starea psihologică a pacientei şi nevoia de ajutor ● îşi rezervă mai mult timp pentru a sta cu pacienta, a-i observa comportamentul, reacţiile – asigură supravegherea postoperatorie pentru prevenirea complicaţiilor (asemănătoare cu cele din intervenţiile chirurgicale pe abdomen) – explică recomandările medicale efectuate la externare cu privire la: ● evitarea efortului fizic, ridicarea greutăţilor, conducerea autoturismului şi şederea prelungită în maşină ● evitarea relaţiilor sexuale 4–8 săptămâni ● igiena locală şi controlul medical ● continuarea tratamentului în funcţie de boală (chimioterapie, radioterapie, tratament hormonal).

PARTICULARITĂŢI PRIVIND PREGĂTIREA PREOPERATORIE ŞI ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII ÎN AFECŢIUNI ALE APARATULUI GENITAL FEMININ

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Aspecte generale

Intervenţia chirurgicală reprezintă un eveniment deosebit în viaţa pacientului, în general, şi a femeii, în special, care va fi resimţită ca un şoc sau ca o agresiune percepută conştient sau inconştient.

Pacierta va manifesta sentimente pozitive (disparitia durerii, ameliorarea sau dispariţia simptomelor, perspectiva de vindecare), sau sentimente generate de neadaptare (anxietate, frică de suferinţă, de moarte, de a nu se mai trezi din anestezie sau de a se trezi în timpul intervenţiei, teama de mutilare, de schimbare a imaginii corporale, de atentat ta pudoare).

Faţă de acest stres preoperator, persoana îşi construieşte mecanisme de apărare în scopul de a-şi menţine integritatea psihică, exprimate în următoarele comportamente:

a) regresia	– bolnava se comportă ca un copil dependent, care se lasă în voia celor ce o îngrijesc;
b) agresivitatea	– bolnava este permanent nemulţumită, neîncrezătoare, i se pare că nu este la fel de bine îngrijită, consideră că are nevoie de mai multe îngrijiri şi atenţie;
c) negarea realităţii	– întâlnită mai ales la bolnavele cu cancer, care refuză să creadă că „tocmai lor li s-a întâmplat". Nu sunt capabile să recepţioneze mesajul; nu înţeleg informaţiile furnizate (sentimentul poate fi răspândit la întreaga familie);
d) izolarea în sine	– traduce o mare anxietate, o mare dificultate de a-şi exprima sentimentele, uneori pare indiferentă şi privirea parcă ar spune „Faceţi ce vreţi cu mine, nu mă interesează, scăpaţi-mă de asta, vă rog";
e) comportament hiperton	– pare că ştie tot, că are foarte mult curaj, dar, în majoritatea cazurilor, ascunde o mare nelinişte.

Este foarte important ca asistenta să cunoască toate aceste comportamente diferite, astfel încât să nu judece greşit bolnava după reacţiile manifestate într-un anumit interval, dar şi pentru a face o analiză pertinentă a informaţiilor, să stabilească problemele şi obiectivele de îngrijire, să aleagă corespunzător intervenţiile de nursing.

Trebuie să existe totdeauna timp suficient pentru a putea culege informaţii complete, pacienta simţindu-se mai apropiată de asistentă, care este tot femeie şi este capabilă să-i înţeleagă gândurile nerostite.

Asistenta trebuie să ajute pacienta să accepte operaţia, mai ales când este vorba de o operaţie mutilantă.

Reacţiile şi comportamentul soţului, familiei, şi prietenilor vor afecta percepţia şi adaptarea psihosocială a pacientei, ca şi durata convalescenţei. Trebuie respectată dorinţa acesteia cu privire la diagnostic, să fie păstrat secretul profesional, întrucât nu toate femeile doresc să se ştie că sunt ameninţate de o boală necruţătoare, că au suferit sau vor suferi o intervenţie care modifică schema corporală.

Probleme deosebite ridică femeile diagnosticate cu cancer, la care în afara intervenției există si teama de moarte, dar si la cele cu intervenții mutilante, urmate de modificarea schemei și imaginii corporale, preocupate de modificarea comportamentului sexual (imposibilitatea raportului sexual, lipsa libidoului, reactia partenerului), de pierderea feminității și atractivității, cu atât mai mult, cu cât cancerul de col apare mai ales la femeia sexual activă.

În cazul cancerului, comportamentele prezentate pot fi manifestate si în alte moduri, în funcție de percepția proprie fiecărei femei și uneori, de educația religioasă.

Intervenții chirurgicale pentru afecțiuni ginecologice

Afecțiunile ginecologice care pot fi tratate chirurgical sunt numeroase: tumori ale aparatului genital, infecții ginecologice, tulburări de statică uterină (prolaps uterin), malformații congenitale.

Intervențiile asupra aparatului genital se pot efectua pe cale abdominală (în marea majoritate a cazurilor), pe cale vaginală sau perineală (pentru perineu și în alte leziuni jos situate) și mixte (abdominală și vaginală).

Cele efectuate pe cale abdominală se împart în două categorii:

a) intervenții conservatoare	– în care organele se păstrează și continuă să-și îndeplinească funcția: ● rezecția parțială de ovare ● restabilirea permeabilității trompei, implantare sau reimplantare de trompă.
b) intervenții mutilante	– în care organele se elimină, funcția este eliminată sau grav afectată. Pentru organele pereche (ovare, trompe) îndepărtarea unilaterală lasă posibilitatea reproducerii, dacă restul aparatului genital este sănătos. Dintre intervențiile mutilante amintim: ● extirparea ovarelor (ovarectomia unilaterală sau bilaterală) ● extirparea trompelor (salpingectomie unilaterală sau bilaterală) ● extirparea anexelor (trompe și ovare – anexectomie unilaterală si bilaterală) ● îndepărtarea uterului (histerectomie), care poate fi subtotală (se păstrează colul la tinere, dacă este sănătos), totală, când se suprimă numai uterul; sau largită (Wertheim cu sacrificarea totală a uterului si anexelor, indicată în cancerul de corp și col uterin, uneori ca măsură preventivă în cancerul de sân, fibromul uterin la femeile peste 40 de ani).

Intervenţiile pe cale joasă vaginală sau perineală sunt diverse şi pot fi împărţite în patru grupe:

a) ***operaţii restauratoare*** (de refacere) pentru prolaps genital şi ruptură de perineu:

- *colporafie* anterioară (refacerea peretelui anterior pentru cistocel);
- *colpoperinecrafie* (pentru refacerea peretelui posterior în rectocel şi a planşeului pelvin);
- ambele tehnici atunci când există cistorectocel.

b) ***intervenţii mutilante:***

- histerectomie;
- colpectomie (suprimarea vaginului, cu imposibilitatea raporturilor sexuale).

c) ***chiuretajul uterin***

d) ***intervenţii pe vagin şi vulvă***

Asistenta medicală trebuie să cunoască tipurile de intervenţii şi calea de abordare, deoarece pregătirea pentru operaţie şi îngrijirile postoperatorii prezintă particularităţi de la caz la caz.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE PENTRU INTERVENŢIILE PE CALE ABDOMINALĂ

a) Bilanţul preoperator	– cuprinde examinări curente, aceleaşi ca în intervenţiile abdominale: hemoleucogramă, hematocrit, grup sanguin, Rh, uree sanguină şi glicemie, VSH, TS, TC, timp Howell, timp Quick, examen de urină, examen radiologic toracic, electrocardiogramă şi un examen al secreţiilor genitale – în funcţie de vârstă şi de tarele biologice existente, medicul poate să solicite şi alte explorări: fibrinogen în sânge, colesterol în sânge – în cazul cancerului genital, când se pune problema unei intervenţii lărgite, inevestigarea se face amănunţit, pentru a aprecia corespunzător starea biologică a bolnavei şi pentru a obţine informaţii cât de extinsă este boala – ca şi în alte intervenţii pe abdomen, alimentaţia din ziua preoperaţiei este uşor digerabilă, seara nu mai mănâncă, eventual primeşte o cană cu ceai, pâine prăjită şi brânză de vaci. Se face o clismă seara şi dimineaţa.

b) Îngrijirile specifice urmăresc:	– tratarea unei eventuale infecţii cu antibiotice prescrise de medic după antibiogramă, începând cu mai multe zile înainte de intervenţie şi continuând după aceea – corectarea anemiei, deoarece în multe afecţiuni ginecologice sângerarea este importantă şi repetată, ceea ce predispune la complicaţii postoperatorii – şoc, tromboze. La nevoie se face transfuzie – în cancerul de col uterin este indicat ca înainte de operaţie bolnava să facă tratament cu cobalt pentru securitatea oncologică, în scopul prevenirii diseminării bolii intra- şi postoperator.
c) Pregătirea locală	– se face în funcţie de obiceiul secţiei, de regulă începând înainte cu o zi de operaţie – cu o seară înainte, se îndepărtează pilozitatea pubiană, se face baie generală, se îmbracă bolnava cu rufărie curată – regiunea pe care se face incizia se dezinfectează cu alcool şi se acoperă cu comprese sterile – dacă acest lucru nu a fost făcut, pregătirea se poate realiza şi în ziua intervenţiei, prin spălarea şi uscarea regiunii urmată de dezinfecţia cu alcool sau tinctură de iod – *cu ocazia pregătirii regiunii* se observă dacă în vecinătatea zonei nu există puncte de foliculită, eczeme, intertrigo, deoarece sunt surse de infecţie postoperatorie – în dimineaţa intervenţiei, se măsoară temperatura şi TA, se îndepărtează lacul de pe unghii, este atenţionată să nu-şi dea cu ruj, explicându-i că astfel pot fi mai bine urmărite funcţiile circulatorii şi respiratorii a căror tulburare intraoperatorie se evidenţiază prin cianoza buzelor şi unghiilor – înainte de intrarea în sală, îşi goleşte vezica, se poate monta o sondă permanentă – se face spălătură vaginală.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE PENTRU INTERVENȚIILE PE CALE JOASĂ (VAGINALĂ SAU PERINEALĂ)

a) **Bilanțul preoperator și îngrijirile specifice**	– sunt aceleași cu cele din intervențiile pe cale abdominală – atenție deosebită se acordă tratării secrețiilor vaginale, din care se recoltează și se face antibiograma. De asemenea, se tratează leziunile cervicale și vaginale, până la completa vindecare – se face spălarea repetată a cavității vaginale cu soluții antiseptice ($KMnO_4$, cloramină, apă oxigenată, Romazulan).
b) **Toaleta locală**	– îndepărtarea pilozității, spălarea regiunii trebuie realizată minuțios.

ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE

Îngrijirile postoperatorii sunt aceleași ca în cazul chirurgiei generale, mai puțin complexe pentru calea vaginală.

Obiectivele specifice urmăresc, în general, ca pacienta:

– să aibă o respirație normală, să i se asigure o ventilație adecvată pentru prevenirea complicațiilor pulmonare

– să-și păstreze funcția cardio-circulatorie la un nivel corespunzător, să aibă o bună circulație periferică

– să-și mențină, în limite optime, balanța hidro-electrolitică

– să elimine normal

– să fie capabilă să accepte noua sa imagine corporală.

Cele mai multe femei sub 40 de ani își pot relua activitatea normală într-o lună, alteori în două luni și se vor simți aproape ca înainte de operație.

Cele mai vârstnice, cu o condiție fizică mai precară, au nevoie de mai mult timp pentru a-și recâștiga forțele și vitalitatea.

Asistenta trebuie să urmărească:

a) **Faciesul bolnavei**	– trebuie urmărit atent, modificarea acestuia putând să ne informeze asupra unor complicații imediate; paloarea exagerată este semnul unei hemoragii interne sau a prăbușirii circulației; cianoza este semnul asfixiei; buzele uscate pot evidenția deshidratarea

b)Temperatura	– uşor scăzută imediat după intervenţie, poate să crească până la 38°C în prima zi, pentru ca apoi să scadă în limite normale – menţinerea temperaturii peste 37°C sau apariţia febrei în zilele următoare este semn de infecţie
c) Respiraţia	– amplă şi rară imediat după operaţie, datorită anesteziei, devine uşor accelerată din cauza durerii postoperatorii şi a anxietăţii – revine la normal după 24–36 de ore – *menţinerea unui ritm alert* vădeşte o complicaţie pulmonară, iar respiraţia zgomotoasă arată o obstrucţie – mobilizarea precoce are un rol deosebit în prevenirea complicaţiilor postoperatorii, de asemenea, tusea asistată, tapotajul toracic, exerciţiile respiratorii
d) Pulsul	– trebuie urmărit, deoarece creşterea frecvenţei şi scăderea volumului sunt semnele prăbuşirii circulaţiei sau hemoragiei în primele ore – în următoarele zile trebuie corelat cu valoarea temperaturii, dat fiind faptul că în intervenţiile pe micul bazin complicaţiile tromboembolice sunt mai frecvente – se verifică aspectul membrelor inferioare
e) Tensiunea arterială	– este în directă corelaţie cu pulsul – se observă culoarea unghiilor, buzelor, tegumentelor
f) Diureza	– nu suferă modificări importante – prima micţiune apare, de regulă, după şase ore de la intervenţie – se poate instala retenţia de urină de la început, din cauza dezechilibrului vagosimpatic, sau poate să fie secundară după îndepărtarea sondei – se evidenţiază prin lipsa eliminării şi apariţia globului vezical – se anunţă medicul, se face sondaj vezical – la bolnava cu sondă: ● se verifică permeabilitatea şi se evită cudarea ● după îndepărtare, se verifică golirea vezicii din patru în patru ore, în condiţiile unui apor normal de lichide – infecţia urinară favorizată de sondaj poate fi prevenită prin respectarea condiţiilor de asepsie şi antisepsie şi aplicând un unguent antibiotic în jurul meatului urinar
g) Starea abdominală	– bolnava prezintă o uşoară tensiune a peretelui abdominal, chiar o hiperestezie superficială, moderată şi dureri în primelei două-trei zile după operaţie

	– combaterea balonării se face prin mobilizare precoce, prin stimularea peristaltismului – se aplică, la nevoie, tubul de gaze care nu se va menţine mai mult de două ore, iar dacă situaţia nu se rezolvă, se lasă un interval liber de una – două ore, timp în care circulaţia la nivelul mucoasei se reface, după care poate fi din nou introdus – la indicaţia medicului, se administrează Miostin
h) Restabilirea tranzitului intestinal	– este o problemă pe care asistenta medicală trebuie să o aibă permanent în atenţie – după ce trece perioada de pareză intestinală postoperatorie, bolnava începe să emită gaze, semn că peristaltismul s-a restabilit – în mod normal, după 48–72 de ore de la intervenţie apare primul semn – după reluarea tranzitului pentru gaze, alimentaţia poate fi mai abundentă şi mai variată – fac excepţie bolnavele operate pe perineu şi vagin, care trebuie să primească mai multe lichide şi semilichide, să întârzie puţin eliminarea scaunului pentru a nu forţa suturile
i) Combaterea durerii	– este importantă în primele zile, deoarece durerea face să crească anxietatea, favorizează insomnia, împiedică bolnava să se odihnească (determină disconfort) – pentru calmare şi pentru asigurarea a cel puţin 8-10 ore de somn se administrează analgetice, tranchilizante şi barbiturice
j) Supravegherea pansamentului	– începe după ieşirea din sală – se urmăreşte imediat după intervenţie să nu sângereze, iar în următoarele zile să se menţină uscat – în cazul tubului de dren, se urmăreşte permeabilitatea, se notează cantitatea
k) Reluarea alimentaţiei	– se va face cu prudenţă, fără să se aplice o dietă severă – administrarea de lichide per os începe imediat ce au încetat vărsăturile (dacă au existat) şi va consta în prima zi din ceai, apă, limonadă, zeamă de compot, aproximativ 300 ml – a doua zi poate să primească supă strecurată alături de lichide dulci (aproximativ 1.000 ml/24 h) – după apariţia scaunului, se adaugă brânza de vaci, iaurt, smântână, carne fiartă – în continuare – alimentaţie completă, variată, vitaminizată

l) Mobilizarea	– trebuie să se realizeze cât mai precoce, întrucât diminuează frecvenţa complicaţiilor venoase, evită escarele de decubit şi favorizează creşterea amplitudinii respiratorii – bolnava va fi ridicată din pat a doua zi, cu atenţie, dacă are tub de dren şi sondă urinară – mobilizarea se face progresiv, până când bolnava capătă încredere în forţele proprii – vârsta înaintată sau intervenţia dificilă nu constituie nici o contraindicaţie.

PREVENIREA COMPLICAŢIILOR POSTOPERATORII

a) Complicaţiile pulmonare	– se previn prin exerciţii respiratorii, imediat ce este posibil, tuse asistată şi tapotaj, la nevoie, aşezarea bolnavei într-o poziţie adecvată
b) Complicaţiile tromboembolice	– sunt depistate la timp şi sunt prevenite printr-o supraveghere atentă a membrelor inferioare, masaj uşor în sensul circulaţiei de întoarcere – la nevoie, conform indicaţiilor medicale, tratament cu anticoagulante
c) Infecţia	– se previne la nivelul plăgii prin pansament aseptic – în cazul intervenţiilor pe cale vaginală se spală perineul cu soluţie sterilă de câteva ori pe zi şi după fiecare eliminare – zona se menţine uscată, se controlează tampoanele perineale pentru a putea urmări evoluţia; asistenta să poată descrie culoarea, cantitatea şi mirosul secreţiei drenate – tratament cu antibiotice, la indicaţia medicului, mai ales atunci când a avut o infecţie înaintea intervenţiei, completează măsurile de profilaxie
d) Externarea bolnavei	– trebuie să reprezinte un bilanţ al îngrijirilor acordate, să dea prilejul asistentei să reflecteze asupra obiectivelor pe care şi le-a propus şi rezultatelor pe care le-a obţinut – particularităţi de îngrijire în perioada internării cât şi de adaptare după externare prezintă bolnavele cu intervenţii mutilante, în principal, histerectomia şi mamectomia.

Prin funcţia pe care o îndeplinesc, glandele mamare sunt strâns legate de aparatul genital, motiv pentru care intervenţia făcută în cazul cancerului de sân a fost inclusă în acest capitol.

EXERCIŢIU:

Stabiliţi planul de îngrijire pentru următorul caz:

„Doamna M. M., în vârstă de 38 de ani, de profesie ospătar, s-a internat cu diagnosticul RUPTURĂ VECHE DE PERINEU, în vederea intervenţiei chirurgicale. La internare acuza dureri abdominale despre care afirmă că au apărut în urmă cu un an, cu intensitate redusă, pentru ca apoi să se accentueze şi să se asocieze cu micţiuni frecvente, uşoară incontinenţă la efort. Are două naşteri, ultima cu 10 ani în urmă, când afirmă că a fost tăiată şi cusută. Nu a avut probleme până la apariţia durerilor. Nu suferă de alte boli. Are condiţii bune de locuit, lucrează într-un restaurant, stă multă vreme în ortostatism.

Medicul a informat-o că va fi operată peste trei zile".

GHID PENTRU PLAN DE ÎNGRIJIRE A BOLNAVEI CU HISTERECTOMIE

OBIECTIV GLOBAL: Pacienta să revină la nivelul său optim de sănătate şi să-şi asum rolurile obişnuite în familie, în comunitate, după o convalescenţă scurtă; să accepte şi să facă faţă noii imagini corporale alterate.

DIAGNOSTIC DENURSING (PROBLEMA)	OBIECTIVE	INTERVENŢII (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR
1. Deficit de cunoştinţe privind perioada preoperatorie.	Pacienta să fie informată despre procedurile preoperatorii.	– Observarea reacţiei pacientei privind intervenţia chirurgicală şi pregătirile preoperatorii. – Clarificarea oricăror neînţelegeri legate de consecinţele operaţiei, de întreruperea vieţii sexuale. – Bolnava va fi informată că după intervenţie va intra în menopauză artificială. – Acordăm timp bolnavei pentru a pune întrebări legate de viaţa în cuplu, să-şi exprime temerile. – Susţinerea morală a pacientei şi a partenerului ei, a membrilor familiei.	Teama şi preocuparea pacientei privind întrebările fără răspuns vor afecta recuperarea psihică a bolnavei, vor influenta evoluţia postoperatorie.
2. Posibila alterare a ritmului cardiac din cauza sângerării.	Pacienta să-şi poată controla pierderile de sânge determinate de operaţie.	– Se măsoară funcţiile vitale din patru în patru ore. – Se verifică tampoanele (torşoanele) vaginale din patru în patru ore. – Se recoltează sânge pentru hemoglobină, hematocrit pentru a depista anemia. – Se observă faciesul, tegumentele, unghiile.	Pierderile de sânge diminuează volumul circulator în intervenţiile lărgite, sângerarea este apreciabilă prin lezarea plexurilor venoase pelviene.

DIAGNOSTIC DE NURSING (PROBLEMA)	OBIECTIVE	INTERVENŢII (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR
3. Posibila alterare a irigării ţesuturilor periferice din cauza repausului la pat, tromboflebite.	Pacienta să nu prezinte semne de tromboflebite.	– Se observă membrele inferioare la nivelul moletului (apariţia de zone roşii, temperatură locală ridicată, induraţia de-a lungul venei, dureri severe). – Se observă eventuala discordanţă între temperatură şi puls. . – Se mobilizează cât mai curând posibil. – Se fac masaje ale membrelor inferioare în sensul circulaţiei de întoarcere. – Exerciţii pasive şi active ale membrelor inferioare.	Manipularea şi traumatizarea vaselor sanguine pelvine în timpul operaţiei predispune pacienta la tromboflebite. Durerile postoperatorii inhibă activităţile normale şi măresc riscul tromboflebitei.
4. Durere legată de incizia operatorie (abdominală, vaginală). Stare de disconfort.	Pacienta să înveţe să-şi controleze durerea. Pacienta să exprime creşterea confortului.	– Informaţii despre modul de producere a durerii, despre medicamentele antialgice, despre ritm de administrare, efect. – Observarea durerii preoperatorii la una – două ore după administrarea medicamentelor. – Administrarea de analgezice înainte de mobilizare. – Învăţarea pacientei să-şi comprime cu palma plaga operatorie atunci când tuşeşte şi când îşi schimbă poziţia în pat. – Aşezarea într-o poziţie care să retaxeze musculatura şi să diminueze durerea.	Accentuarea durerii face pacienta să nu fie capabilă să se ridice din pat, reduce volumul respirator, favorizează complicaţiile de imobilizare. Calmarea durerii este importantă pentru a ajuta pacienta să coboare cât mai repede din pat, evitând complicaţiile.

DIAGNOSTIC DE NURSING (PROBLEMA)	OBIECTIVE	INTERVENȚII (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR
5. Posibila infecție în legătură cu intervenția chirurgicală	Pacienta să se vindece cu minimum de *disconfort* și fără infecție.	– Supravegherea plăgii operatorii, pansamente aseptice. – *Controlul tampoanelor* perineale pentru a observa culoarea, cantitatea, mirosul secreției eliminate – igiena locală. – Supravegherea plăgii operatorii, pansamente aseptice.	Infectarea plăgii crește perioada de spitalizare, *disconfortul* pacientei, scade încrederea în vindecare și în echipa de îngrijire.
6. Deficit de cunoștințe în legătură cu autoîngrijirea după externare.	Pacienta să fie capabilă să respecte restricțile privind efortul fizic, activitatea sexuală, dietă.	– Să educe pacienta și familia. – Contactul sexual va fi permis după patru – opt săptămâni. – Efortul fizic să fie limitat, nu urcă scări una–două săptămâni, apoi se acomodează treptat până ajunge la normal. – Se limitează munca grea în gospodărie – nu ridică obiecte grele patru săptămâni (sunt considerate grele obiectele care nu pot fi ridicate cu o singură mână). – Se administrează 2.000 ml lichide pe zi. – Consumă un regim alimentar bogat în proteine. – Se anunță medicul dacă are febră, dacă refacerea este lentă. – Se administrează analgezice pentru calmarea și controlul durerii (dacă este cazul).	Pentru recuperarea completă și prevenirea complicațiilor, femeia care a suferit o histerectomie trebuie să știe la ce schimbări să se aștepte, de ce îngrijiri va avea nevoie când merge acasă.

DIAGNOSTIC DE NURSING (PROBLEMA)	OBIECTIVE	INTERVENŢII (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR
7. Perturbarea imaginii corporale/imaginii de sine după intervenţie din cauza pierderii uterului, evidenţiată prin percepţia propriei persoane ca fiind lipsită de feminitate.	Pacienta să dovedească adaptarea la imaginea corporală modificată prin absenţa plânsului şi a dificultăţilor psihice.	– Discuţii de încurajare, ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. – Familia, prietenii să înţeleagă nevoia femeii de a-i simţi alături, de a fi sigură de iubirea lor. – Sprijinirea femeii să-şi menţină puterea de atracţie. – Discuţii cu soţul pentru a identifica percepţia acestuia despre intervenţie şi afectarea soţiei în urma operaţiei. – Împărtăşirea sentimentelor de teamă, de nesiguranţă persoanelor semnificative din anturaj.	Histerectomia este o operaţie mutilantă însoţită de tulburări emoţionale mai ales la tinere; preocuparea pentru sterilitate, pierderea atracţiei sexuale – indiferent de vârsta pacientei – teama de cancer, în final de moarte.

GHID PENTRU ÎNTOCMIREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE A BOLNAVEI CU MASTECTOMIE

OBIECTIV GLOBAL (pe termen lung):

Pacienta să revină ta nivelul său optim de sănătate, să-şi reia rolul obişnuit în familie şi societate, încercând să se obişnuiască cu imaginea corporală nouă şi cu pierderea sânului, să manifeste optimism şi încredere.

PROBLEMA	OBIECTIVE	INTERVENŢII (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR
1. Anxietate în legătură cu teama de desfigurare, de cancer şi moarte.	Pacienta să fie informată asupra operaţiei, a eventualelor efecte post-operatorii; Să-şi exprime temerile; Să discute deschis.	– Încurajarea pacientei şi familiei să discute despre teama şi anxietatea ei cu privire la operaţie şi diagnostic. – Susţinerea morală a pacientei şi familiei, prezentarea unor cazuri operate cu evoluţie bună.	– Teama de desfigurare adânceşte starea de anxietate. – Pacienta lăsată să înfrunte singură suferinţa se va izola; depresia se va accentua şi

PROBLEMA	OBIECTIVE	INTERVENȚII (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR
		– Familia va fi solicitată să fie permanent alături de bolnavă. – Pacienta va fi ajutată să-și alunge ideile iraționale produse de anxietate. – Informarea cu privire la durata internării, durerea postoperatorie. – Pacienta va fi informată asupra operației, localizării inciziei. – Informarea cu privire la procurarea unei eventuale proteze pentru mascarea infirmității apărute.	perioada de convalescență va fi probabil mult prelungită.
2. Posibila alterare a ritmului și frecvenței respiratorii și circulatorii, posibil dezechilibru hidroelectrolitic	Pacienta să-și mențină funcțiile cardio-respiratorie și renală, să-și mențină echilibrul hidroelectrolitic la nivel optim.	– Se măsoară funcțiile vitale la fiecare patru ore. – Se controlează plaga să nu sângereze. – Se observă faciesul, tegumentele. – Se vor administra lichidele recomandate de medic prin perfuzie și apoi pe cale orală, imediat ce starea permite, ce peristaltismul s-a reluat. – Se măsoară aportul și pierderea de lichide, se urmărește drenul, se măsoară cantitatea de lichid drenat și se observă culoarea.	– Sângerarea intraoperatorie este importantă și, de aceea, funcția circulatorie poate fi modificată.
3. Alterarea confortului din cauza durerii și traumei postoperatorii (durere din cauza operației)	Pacienta să-și controleze durerea. Să se reducă treptat disconfortul.	– Așezarea bolnavei în poziție de decubit dorsal sau cu toracele ușor ridicat, ar cotul se sprijină pe perne mai sus decât umărul și mâna mai sus decât cotul, relaxată.	– Bolnava trebuie să fie relaxată, să stea într-o poziție care să-i permită respirația, funcție influențată de durere și sutură chirurgicală.

PROBLEMA	OBIECTIVE	INTERVENȚII (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR
		– Efectuarea mișcărilor cu brațul operat, cât mai curând posibil. – Se vor controla: contractura mușchilor bolnavei, prezența tonusului, a sensibilității. – Ridicarea din pat a doua zi după intervenție. – Observarea plăgii, pentru a sesiza apariția sângerării, infecției, hematomului. – Administrarea medicamentelor antialgice, mai ales înainte de mobilizare și de apariția durerii (nu se fac injecții în brațul afectat). – Efectuarea exercițiilor respiratorii și eliminarea secrețiilor bronșice.	– Calmarea durerii dă curaj bolnavei în toate mișcările pe care le face, iar prezența durerii crește anxietatea. – Apariția complicațiilor accentuează efectul traumei operatorii. – Poziția brațului previne edemul.
4. Alterarea posibilă a stării psihice din cauza pierderii sânului (și a imposibilității de a avea copii, a modificării comportamentului sexual).	Pacienta să-și exprime sentimentele de utilitate și încredere. Să fie capabilă să discute deschis despre operația suferită.	– Discuții repetate cu bolnava despre adaptarea în familie, rezervarea unui timp mai lung pentru a sta cu bolnava. – Încurajarea comportamentului pozitiv al bolnavei. – Antrenarea familiei în susținerea bolnavei. – Pacienta va fi ajutată să-și privească operația și să se adapteze la noua sa imagine corporală.	– Bolnava rămasă singură se gândește mult la boală și diagnostic. – Femeia este foarte preocupată de imaginea sa corporală și de reacția partenerului de viață în momentele intime.

Îngrijiri acordate în obstetrică

NOŢIUNI ELEMENTARE DESPRE SARCINĂ ŞI NAŞTERE

Fecundaţia este procesul de contopire a celulei sexuale masculine cu cea feminină în urma căruia rezultă oul sau zigotul. Are loc în treimea externă a trompei de unde migrează, în mod normal, către cavitatea uterină.

Migraţia reprezintă deplasarea zigotului către cavitatea uterină datorită curentului produs de cilii vibratili ai mucoasei tubare şi a contracţiilor peristaltice ale trompei. Ajunge în uter după 8–12 zile unde rămâne un timp liber, apoi se fixează.

Nidaţia sau ovoimplantaţia constă în fixarea oului în cavitate, de obicei în zona fundului uterin şi are loc în mai multe faze: faza pregălitoare, implantaţia, placentaţia.

Sarcina – dezvoltarea produsului de concepţie şi starea fiziologică în care se găseşte femeia din momentul fecundării şi până în momentul expulziei. Perioada de sarcină are o durată de 270–280 zile.

Naşterea reprezintă totalitatea fenomenelor active şi pasive care duc la expulzia pe căi naturale a produsului de concepţie ajuns la limita viabilităţii. Atunci când naşterea are loc pe căi naturale, fără nici o intervenţie, este vorba de *naştere eutocică*, iar când apar complicaţii naşterea este patologică sau distocică.

Naşterea produsă la sfârşitul celor 270-280 zile (39–40 săptămâni) este la termen iar între 28–37 săptămâni este prematură.

Depăşirea termenului de 42 săptămâni este considerată sarcină prelungită sau suprapurtată.

Travaliul reprezintă totalitatea fenomenelor care contribuie la eliminarea produsului de concepţie.

Falsul travaliu este caracterizat de apariţia unor contracţii uterine dureroase, neregulate, de scurtă durată, fără modificări la nivelul colului.

Adevăratul travaliu este caracterizat prin contracţii involuntare, dureroase, intermitente, ritmice, cu frecvenţă, durată şi intensitate progresiv crescândă.

BAZINUL OSOS

Este o centură formată prin articularea celor patru oase pelvine: sacrul şi coccisul aşezate posterior şi median, cele două oase iliace aşezate anterior şi lateral. Articularea se face prin trei simfize: anterior prin simfiza pubiană şi posterolateral prin simfizele sacro-iliace.

Datorită inhibiţiei gravidice aceste articulaţii permit oarecare mobilitate, având importanţă deosebită în progresiunea produsului de concepţie, prin modificarea diametrelor.

Bazinul osos are forma unui trunchi de con cu baza mare în sus şi este împărţit în două de linia arcuată sau nenumită: superior, bazinul mare şi inferior, bazinul mic.

Bazinul mare are formă de pălnie şi are importanţă pentru obstetrică, deoarece prin măsurarea unor diametre externe (pelvimetria externă) obţinem informaţii în legătură cu forma şi dimensiunile normale sau patologice ale bazinului obstetrical. Aceste diametre sunt:

a) *anteroposterior Baudeloque* (de la vârful apofizei spinoase L_5 la marginea superioară a simfizei pubiene) 1=20 cm şi permite aprecierea diametrelor strâmtorii superioare

b) *bispinos* (între cele două spine iliace antero-superioare) =24 cm

c) *bicrest* (între punctele cele mai înalte ale crestelor iliace) =28 cm

d) *bitrohanterian* (între feţele externe a celor două mari trohantere) = 32 cm şi apreciază diametrul transversal al escavaţiei pelviene.

Bazinul mic numit şi bazin obstetrical este un canal osos cuprins între strâmtoarea superioară care-l separă de bazinul mare şi strâmtoarea inferioară.

Strâmtoarea superioară are trei diametre anteroposterioare cel mai important fiind promonto-retropubian numit şi conjugata vera sau diametrul util (DU) = 10,5 cm; două diametre transverse important fiind cel mediu (13 cm); diametrul oblic stâng (12–12,5 cm) şi diametrul oblic drept (12 cm). Strâmtoarea inferioară închide jos micul bazin.

Escavaţia pelvina reprezintă canalul prin care coboară prezentaţia şi îşi face rotaţia.

Unele boli pot produce modificări grave sau moderate ale bazinului. Întâlnim bazin modificat prin şchiopătare, prin deformări ale curburilor coloanei vertebrale (cifotic, scoliotic, lordotic) sau deplasări ale acesteia, bazinul rahitic, osteomalacic sau acondroplazic, prin luxaţie congenitală de şold.

BAZINUL MOALE

Este format dintr-o serie de muşchi şi aponevroze care închid la partea inferioară canalul pelvin reprezentând planşeul pelviperineal cu rol de susţinere a uterului în poziţia sa normală.

MODIFICĂRILE MORFO-FUNCŢIONALE ALE ORGANISMULUI ÎN TIMPUL SARCINII

A. MODIFICĂRI GENERALE

Eveniment fiziologic deosebit în viaţa femeii, sarcina reprezintă o împlinire a menirii acesteia, aceea de a procrea. Se însoţeşte, însă, de o serie de modificări determinate de necesitatea adaptării la noua situaţie, impusă de dezvoltarea fătului.

Pentru ca sarcina să se dezvolte normal, să se nască un copil sănătos este necesară o bună colaborare între gravidă şi asistenta medicală, comunicarea

făcându-se în ambele sensuri: prima să furnizeze permanent informaţii despre starea sa şi să-şi formeze anumite comportamente, a doua să ştie să selecteze informaţiile, să desprindă problemele, pe care să le rezolve împreună cu femeia şi, la nevoie, cu medicul.

Explicaţiile şi sfaturile nu vor putea fi receptionate de viitoarea mamă decât dacă asistenta va şti să se facă înţeleasă, va dovedi o bună pregătire, va găsi răspuns la toate întrebările, va şti să deosebească aspectul normal de cel patologic.

Sistemul nervos	– sarcina creează în organism o nouă stare de echilibru, care are la bază stimulii plecaţi de la uter la ou; – se consideră că în primul trimestru ar exista o diminuare a activităţii cortexului şi o creştere a excitabilităţii subcortexului; – creşte tonusul vagal, ceea ce explică apariţia greţurilor, vărsăturilor, salivaţiei; tot de origine vegetativă este pervertirea gustului şi mirosului; – pot apărea o serie de tulburări psihice, fatigabilitate, în funcţie de tipul de sistem nervos al gravidei; – anxietatea, tulburarea somnului reprezintă manifestări destul de frecvente.
Sistemul endocrin	– acţionează în strânsă interdependenţă cu sistemul nervos; – hipertrofia unor glande (adenohipofiza, coricosuprarenala şi tiroida) determină creşterea cantităţii de hormoni; – creşte secreţia de glucocorticoizi şi mineralocorticoizi; – tiroida este hiperactivă, creşte metabolismul bazal; – paratiroidele trebuie să facă faţă metabolismului crescut; – prolactina atinge un nivel maxim chiar înainte de naştere şi inhibă gonadotropii; – corpul galben de sarcină înlocuieşte corpul galben menstrual, este sursa principală a secreţiei de foliculină şi progesteron în primele trei luni de sarcină, apoi funcţia este preluată de placentă, care secretă, pe lângă cei doi hormoni şi somatotropină.
Metabolismul	– creste în sarcină datorită hiperfuncţiei tiroidiene, intensificării activităţii cordului şi aparatului respirator; – temperatura corpului creşte uşor până în luna a treia de sarcină; – creşte lipemia (1.000–1.200 mg), care, asociată cu hipercoagulabilitatea, explică riscurile flebitelor în sarcină; – gravida are nevoie de mai multe proteine (1,5 g/kg corp), scăderea având influenţe negative asupra fătului; – se produce imbibitie gravidică prin retenţie de apă datorită estrogenilor şi hormonilor corticosuprarenalieni; – creşte volumul plasmatic până la şapte luni, apoi scade pogresiv;

	– se modifică metabolismul fosfo-calcic; la termen o gravidă cedează în medie 30 mg calciu pe zi fătului, în special în săptămânile 30–40; – cantitatea de calciu scade uşor, putând apărea carii dentare, fracturi.
Tegumentele	– pielea este lucioasă, catifelată; – glandele sebacee şi sudoripare sunt mai active, gravida transpiră abundent; – la 50–75% din gravide apare hiperpigmentaţia pe faţă (masca sau cloasma gravidică), mai ales pe frunte, buza superioară, nas şi pometii obrajilor; – vergeturile abdominale, de culoare roz la primipare şi sidefii la multipare, apar mai ales în luna a şasea, a şaptea şi sunt urmare, pe de o parte a creşterii în volum a uterului şi pe de altă parte a creşterii activităţii adrenocorticoizilor – pigmentarea liniei albe abdominale, areola mamară şi mameloanelor.
Sistemul osteoarticular	– suferă modificări prin decalcifiere; – relaxarea articulaţiei bazinului şi chiar a articulaţiilor intervertebrale (mai ales lombare), laxitatea ligamentară antrenează dureri la nivelul coloanei vertebrale; – datorită imbibiţiei gravidice şi prin intervenţia hormonilor steroizi placentari, a relaxinei, se produce relaxarea simfizei pubiene; gravida poate acuza durere; – modificarea mersului şi posturii este determinată de creşterea în greutate, de schimbarea centrului de greutate, urmată de accentuarea curburii lombosacrate.
Aparatul respirator	– în ultimele luni de sarcină uterul gravid limitează mişcarea diafragmului, împingându-l în sus cu aproximativ 4 cm; apare o hiperventilaţie constantă, ca urmare a nevoilor crescute de oxigen; – scade concentraţia de CO_2 din sângele matern şi se uşurează trecerea acestuia de la făt prin placentă; – în sarcina gemelară, în hidramnios numărul respiraţiilor creşte mai mult.
Aparatul cardio-vascular	– suferă cele mai importante modificări anatomice, funcţionale şi hemodinamice; – inima face eforturi mari datorită creşterii volumului circulant şi creşterii necesităţilor organismului legate de evoluţia sarcinii; la sfârşitul sarcinii cantitatea de sânge creşte cu 1.230 ml; inima facând un efort considerabil pentru a împinge sângele şi în circulaţia feto-placentară;

	– creşte debitul cardiac, între săptămânile 10–30 putând depăşi cu 50% valoarea normală; – creşte ritmul cardiac cu 10–15 bătăi pe minut, atingând maximum către săptămâna a 30-a; – tensiunea arterială nu se modifică la gravidele sănătoase; poate apărea o uşoară scădere în prima jumătate, probabil datorită vasodilataţiei produsă de activitatea hormonală; este considerată patologică creşterea peste 140/90 mmHg; – creşte presiunea venoasă în membrele inferioare din cauza compresiunii exercitate de uterul gravid, împiedică circulaţia de întoarcere şi favorizează apariţia varicelor la membrele inferioare şi la organele genitale externe; – creşte coagulabilitatea, ceea ce predispune la tromboză; – creşte VSH-ul.
Aparatul digestiv	– prezintă modificări care se instalează precoce şi care interesează toate segmentele; – ptialismul şi sialoreea pot fi jenante; – greţurile şi vărsăturile apar mai ales dimineaţa; sunt implicate elemente somatice, neurohormonale şi psihosomatice; – creşterea sau perversirea gustului; – dureri epigastrice şi arsuri retrosternale; – la nivelul cavităţii bucale: ● hipertrofia gingiilor, gingivita de sarcină, datorită creşterii cantităţii de estrogeni (edeme şi sângerare) şi progesteron, lărgirea spaţiului periodontal – tulburări care dispar după naştere; ● carii dentare, mai ales la multipare, în a doua jumătate a sarcinii; – la nivelul stomacului: ● diminuarea secreţiei gastrice în primul şi al doilea trimestru; ● diminuarea motilităţii şi tonusului gastric datorită acţiunii hormonilor asupra fibrelor musculare; la multipare şi obeze e posibil să apară hernia hiatală; – la nivelul intestinului: ● scade peristaltismul, ceea ce explică tendinţa la constipaţie, alături de compresiunea exercitată de uterul gravid asupra rectului; ● apar frecvent hemoroizi; – la nivelul ficatului şi vezicii biliare: ● ficatul este mult solicitat, cresc transaminazele; transformă nu numai substanţele necesare organismului matern, ci şi pe cele necesare fătului, precum şi substanţele toxice venite de la făt.

Aparatul excretor	– rinichii sunt supuşi unei munci suplimentare, deoarece trebuie să elimine atât substanţele provenite de la mamă, cât şi cele de la făt; – sunt puţin măriţi ca volum, au circulaţia mai activă; – creşte diureza la 1.500–1.800 ml/24 ore; – scade densitatea urinară; – spre sfârşitul sarcinii pot apărea: o uşoară albuminurie, la 25% până la 40% din cazuri, o uşoară glicozurie; – polakiurie şi disurie datorită compresiunii exercitate pe vezică de uterul gravid; – hipotonia şi dilataţia uretero-pielo-calicială, cauzată de compresiunea exercitată de uterul gravid după luna a cincea, produc stază urinară şi favorizează infecţia.
Tulburări neurologice	– compresiunea pe nervii pelvici determinată de creşterea uterului; – durere lombară din cauza lordozei exagerate, tracţiunii asupra nervilor, compresiunii pe rădăcinile nervoase; – senzaţie de furnicături în mâini; – cefalee, mergând până la migrenă, anxietate, nesiguranţă; – vertij, ameţeli, mergând până la leşin, în prima perioadă, cauzate de instabilitatea vaso-motorie, hipotensiunea ortostatică şi hipoglicemie.

B. MODIFICĂRI LOCALE

Glanda mamară	– senzaţie de greutate, chiar dureri şi înţepături; – sânii cresc în volum, se dezvoltă o reţea venoasă (Haller), areola mamară se măreşte, se bombează ca o sticlă de ceasornic, este mai pigmentată şi prezintă nişte proeminenţe de mărimea unui bob de mei, numite tuberculii Montgomery; – mamelonul se măreşte, devine turgescent, capătă o coloraţie brun-închisă; – apare secreţia de colostru, ca urmare a intrării în acţiune a prolactinei, secreţia lactată fiind inhibată în timpul sarcinii de către estrogeni şi progesteron, produşi de placentă; – după naştere, o dală cu eliminarea placentei, estrogenii dispar şi, sub influenţa prolactinei, se produce secreţia lactată; –apariţia secreţiei lactate, şi nu a colostrului, în timpul sarcinii, are importanţă în sarcina oprită în evoluţie.

Aparatul genital	*a) Modificările uterului:* – volumul creşte, ajungând la următoarele diametre la termen: vertical: 33–37 cm de la 6,5 cm; transvers: 24 cm de la 4 cm; antero-posterior: 22–23 cm de la 2,5 cm; – capacitatea creşte de la 5–6 ml la 4.000–5.000 ml, iar în cazuri patologice putând ajunge la 10–15l; – greutatea creşte de la 50 g la 1.000–1.200 g, chiar 1.500 g; – grosimea pereţilor creşte în primele două luni de la 10–15 mm la 19 mm, pentru ca apoi să se subţieze din cauza distensiei; – forma: piriform în luna a doua, sferic în lunile 3–4–5 şi ovoid în lunile 6–9; – consistenţa: păstos, ramolit, la început, din cauza vascularizatiei abundente şi imbibiţiei gravidice, în lunile 3–4 este elastic şi rezistent după luna a cincea, din cauza lichidului amniotic; – situaţia diferă în funcţie de vârsta sarcinii: în primele şase luni uterul este organ intrapelvin: în luna a treia se află la mijlocul distanţei dintre ombilic şi simfiza pubiană; în luna a cincea se află la nivelul ombilicului; în luna a şaptea se află a mijlocul distantei dintre apendicele xifoid şi ombilic; în luna a opta este situat la nivelul coastelor false; în luna a opta şi jumătate se află la nivelul apendicelui xiloid; în luna a noua se află la două laturi de deget sub apendicele xifoid; – modificările fiziologice constau în: sensibilitate, excitabilitate, extensibilitate, retractibilitate şi contractibilitate. Contracţia uterină poate fi provocată şi de alti factori: traumatisme fizice sau psihice, frigul, căldura, agenti mecanici sau medicamente. *b) Modificările colului uterin:* – îşi schimbă consistenţa, cresc dimensiunile, orificiile rămân închise; – ramolirea permite dilatarea la naştere; segmentul inferior se formează în ultimele trei luni de sarcină din istmul uterin. Este limitat inferior de orificiul intern al colului, iar superior de inelul Banddl (locul de trecere dintre istm şi corp), situat la 7–8 cm de limita inferioară. În timpul travaliului, segmentul inferior, împreună cu colul şters şi dilatat, formează canalul cervicosegmentar; – se formează dopul gelatinos, care are rol de barieră în calea invaziei bacteriene. *c) Vulva şi vaginul:* – prezintă o congestie locală, de culoare violacee, din cauza creşterii vascularizaţiei din zonă; – apare o secreţie vaginală datorită hormonilor estrogeni şi progesteron – un lichid vâscos.

INVESTIGAŢII PARACLINICE ÎN SARCINĂ

În urma interogatoriului (interviului) luat gravidei, a examenului clinic este posibil să se întrevadă o evoluţie complicată a sarcinii, ceea ce presupune examene paraclinice complexe. Explorările sunt alese de către medic în funcţie de informaţiile care trebuie obţinute.

EXAMENE DE LABORATOR

A. Teste imunologice	Se bazează pe identificarea gonadotrofinei corionice (HCG), prin reacţia antigen-anticorp. Se foloseşte urina femeii gravide, ser antigonadotrofinocorionic uman, latex sensibilizat. Urina şi serul se pun în contact direct, apoi se adaugă latex. Dacă femeia este gravidă, HCG este fixată de serul antigonadotrofinic şi picătura rămâne omogenă (reacţie pozitivă). Dacă se produce aglutinarea = reacţie negativă, urina nu conţine HCG.
B. Teste radio-imunologice	Evidenţiază sarcina din a şaptea – a zecea zi de la fecundaţie, înainte ca femeia să observe absenţa menstruaţiei. Sunt folosite în depistarea sarcinii ectopice, molei hidatiforme şi iminenţei de avort. Pot apărea reacţii fals pozitive.
C. Teste biologice	Sunt dificil de realizat, din cauza procurării animalelor de laborator. Nu sunt edificatoare.

INVESTIGAŢII ULTRASONICE

A. Auscultaţia Doppler	Pentru depistarea activităţii cardiace fetale şi pentru măsurarea fluxului sanguin în vasele ombilicale şi în arterele fetale mari. Se foloseşte în săptămânile 12–20, când nu este posibilă auscultaţia clinică şi după săptămâna a 20-a, în caz de hidramnios, obezitate.
B. Ecografia	Este netraumatizantă, furnizează informaţii pe tot parcursul sarcinii. *În trimestrul I:* evidenţiază sacul ovular după a patra săptămână de amenoree şi prezenţa embrionului în cea de-a şaptea săptămână; stabileşte vârsta sarcinii, confirmă viaţa embrionului prin activitatea cardiacă spre a opta săptămână sau oprirea în evoluţie a sarcinii. Confirmă existenţa unei sarcini ectopice sau a unei sarcini multiple. Gravida consumă înainte de examen o cantitate mai mare de lichide, vezica urinară trebuie să fie plină atunci când examenul se face în primele patru săptămâni. *În trimestrul al IIlea:* stabileşte vârsta gestaţională, depistează: placenta jos inserată, sarcini multiple, întârzieri de creştere intrauterină, anomalii congenitale.

	În trimestrul al III-lea: stabileşte vârsta fetală cu o aproximaţie de trei săptămâni, măsoară diametrul biparietal, lungimea femurului, apreciază greutatea, diametrul toracic şi abdominal; localizează placenta, determină sarcinile gemelare, sexul fetal, malformaţii congenitale, stabileşte prezenţa oligoamniosului sau hidramniosului.

EXAMENE RADIOLOGICE

Sunt contraindicate datorită riscului iradierii. Se pot face, în cazuri excepţionale, după luna a şasea – a şaptea de sarcină. Se pot aprecia dimensiunile micului bazin (radiopelvimetrie), identificarea punctelor de osificare.

EXAMENUL LICHIDULUI AMNIOTIC

A. Amnioscopia	Presupune col permeabil. Constă în vizualizarea polului inferior al oului, putând traversa chiar membranele, apreciind cantitatea şi culoarea lichidului amniotic. Normal, acesta este clar, transparent, cu flocoane de vernix. Patologic acesta poate fi: – galben sau verde, în suferinţa fetală; – brun-roşu, când fătul este mort, macerat. Nu se face înainte de a 36-a săptămână, deoarece declanşează travaliul! *Indicaţii:* în suspiciunea de sarcină depăşită (nu e periculoasă dacă lichidul e clar).
B. Amniocenteza	*Principiul:* lichidul amniotic poate fi studiat punând în evidenţă celulele de origine fetală, compoziţie chimică sau enzimatică. *Indicaţii:* supravegherea sarcinii cu Rh negativ (prezenţa bilirubinei arată un prognostic rezervat) şi depistarea semnelor de suferinţă fetală în sarcina patologică, prin cercetarea meconiului sau dozarea gonadotrofinelor.

CONSULTAŢIA PRENATALĂ

Trebuie să cuprindă toate cele trei etape ale profilaxiei: ● primară – de evitare a apariţiei îmbolnăvirii ● secundară – de stabilire a diagnosticului şi tratamentului cât mai precoce şi corect ● terţiară – de evitare sau agravare a complicaţiilor.

Depistarea sarcinii şi luarea în evidenţă trebuie să fie realizate cât mai precoce, dacă este posibil, din primele săptămâni.

Consultaţia prenatală, în baza indicaţiilor Ministerului Sănătăţii şi Familiei, se realizează în mod obişnuit: lunar, între săptămânile 12 şi 28 şi bilunar, între săptămânile 29 şi 40.

Obiective:

1. depistarea şi tratarea bolilor coexistente: cardiopatii, tuberculoză, nefropatii, lues, SIDA, diabet etc. – evaluarea stării de sănătate a femeii;

2. depistarea şi tratamentul precoce al complicatiilor sarcinii: disgravidii precoce şi tardive, ameninţare de avort sau naştere prematură, placenta praevia, anemii, hidramnios;

3. depistarea şi luarea unor măsuri corespunzătoare pentru evitarea unor complicaţii posibile ale travaliului: disproporţiile cefalopelvine, prezentatii distotice, sarcini multiple;

4. depistarea şi tratamentul unor boli care pot afecta fătul: incompatibilitatea Rh, insuficienţa placentară;

5. puericultura intrauterină pentru naşterea unui copil eutrofic;

6. depistarea unor factori de peristază: pregătirea fizică şi psihică pentru naştere şi pentru creşterea armonioasă a copilului.

Consultaţia prenatală se aplică la două niveluri, care se stabilesc, de regulă, după prima consultaţie prenatală:

a) standard – pentru toate gravidele;

b) diferenţiat – pentru gravide cu risc, care necesită, pe lângă supravegherea sarcinii şi o strânsă colaborare cu reţeaua de pediatrie şi cu celelalte sectoare, în functie de riscul identificat.

PRIMA CONSULTAŢIE PRENATALĂ

Prima consultatie prenatală urmăreşte: verificarea diagnosticului de sarcină, stabilirea bilanţului de sănătate şi cunoaşterea conditiilor individuale legate de locuinţă, de locul de muncă ale femeii.

Interviul	Urmăreşte: – identificarea unor boli genetice, în vederea unui eventual consult genetic, dacă există motive şi nu s-au făcut în prenuptialitate; – depistarea în antecedentele heredocolaterale a cazurilor de gemelaritate, a unor: malformaţii, boli vasculo-renale, flebite, diabet, obezitate, care pot avea uneori predispoziţie familială; – identificarea unor factori de risc: căsătorie/cuplu stabil, profesia, dacă este fumătoare, consumatoare de alcool sau droguri, condiţii de locuit şi muncă, resurse materiale; – identificarea unor antecedente obstetricale/ginecologice: sterilitate primară sau secundară tratată (eventuată interventie chirurgicală), numărul naşterilor, sarcinilor, modul de desfăşurare a naşterilor, anomalii de durată a sarcinii, avorturi, disgravidii precoce sau tardive, prezentaţii vicioase, intervenţii obstetricale.
Examenul clinic	a) Examenul medical general evidenţiază: – tipul constitutional, modificări de postură şi ale aparatului locomotor; – starea de nutriţie, greutatea (creşterea în timpul sarcinii nu trebuie să depăşească 12–12,5 kg); – starea aparatului cardiovascular: TA trebuie să rămână sub 130/80 mmHg (să nu depăşească limitele maxime admise); – vor fi cercetate minutios aparatul digestiv, urinar şi respirator; – se face examen stomatologic

	b) Examenul genital şi obstetrical identifică: – modificări de formă şi volum ale uterului în raport cu sarcina, starea colului, configuraţia bazinului (bazine viciate) şi a părţilor moi; – anomalii al vulvei şi vaginului, ale organelor genitale interne.
Examene de laborator şi paraclinice	Se efectuează la început şi pe parcursul supravegherii, ritmul fiind stabilit de către medic în funcţie de evoluţia sarcinii: – determinarea hemoglobinei şi hematocritului, în scopul depistării unei anemii, care este frecvent întâlnită în sarcină. Se repetă în săptămânile 30-32; – determinarea grupei sanguine şi a Rh-ului (inclusiv pentru soţ). Dacă este Rh negativ, se determină aglutininele anti-D, pentru realizarea profilaxiei specifice. La femeile cu Rh negativ cu soţ Rh pozitiv, titrul de anticorpi se determină lunar. În săptămânile 22–24 se face o evaluare a stării fătului prin ecografie, eventual amniocentează şi, dacă este cazul, se grăbeşte naşterea; – examenul serologic pentru sifilis (VDRL) se face la luarea în evidenţă şi se repetă în săptămânile 28–32; – examenul bacteriologic al secreţiei vaginale, eventual antibiograma pentru depistarea şi tratarea gonoreei; – examenul sumar de urină se efectuează la fiecare consultaţie, pentru identificarea proteinuriei şi glicozuriei; eventual urocultura; – determinarea glicemiei, pentru depistarea diabetului; – teste serologice pentru boli infecţioase (toxoplasmoza, rubeola etc.); o atenţie deosebită se acordă femeilor care au prezentat herpes genital.

După bilanţul stării de sănătate se va putea aprecia dacă sarcina poate fi dusă la termen fără ameninţarea sănătăţii sau a vieţii mamei şi a produsului de concepţie (sarcina fiziologică) sau necesită îngrijire şi supraveghere specială (gravidă problemă). Este necesar ca asistenta medicală generalistă să cunoască gravidele cu risc obstetrical, pentru a asigura: urmărire şi educaţie permanentă, echilibrul şi sprijinul de care aceasta are nevoie.

SUPRAVEGHEREA GRAVIDEI CU SARCINĂ NORMALĂ

GRAVIDA CU SARCINĂ NORMALĂ ÎN PRIMUL TRIMESTRU

Este bine ca sarcina să fie depistată cât mai devreme, luată în evidenţă şi supravegheată medical.

Culegerea datelor	Semne, simptome: – amenoreea – semn nesigur; se notează data ultimei menstruaţii – semne digestive – greţuri prezente la peste 50% din gravide, sialoree, pervertirea gustului, pirozis – greutate, înţepături la nivelul sânilor apare reţeaua Haller – modificări tegumentare specifice

	– manifestări neuropsihice, se observă adaptarea la sarcină, reacţiile emoţionale – creşte temperatura bazală la 37,1°–37,7°C – senzaţie de balonare abdominală, uneori potakiurie
Probleme	– deficit de cunoştinţe în legătură cu: – sarcina, calculul datei probabile a naşterii – starea emoţională modificată de sarcină – autoîngrijirea în timpul sarcinii – alterarea comportamentului sexual, scăderea libidoului, disconfort fizic – alterarea confortului în legătură cu tulburările neurovegetative manifestate prin greţuri şi vărsături matinale – oboseală în legătură cu sarcina manifestată prin lipsă de energie, nevoie de somn sau insomnie (alterarea somnului)
Obiective	– gravida să cunoască modificările organismului în timpul sarcinii, să înţeleagă că aceste modificări sunt normale – să fie capabilă să diferenţieze manifestările normale (cum ar fi greţurile, vărsăturile matinale) de cele patologice (imposibilitatea de a se alimenta)
Intervenţii	– interviu amănunţit pentru a stabili starea de sănătate anterioară sarcinii, dacă manifestările acuzate nu au alte cauze – îndrumarea femeii să consulte medicul pentru a stabili existenţa sarcinii – informarea femeii despre modificările organismului în timpul sarcinii – aprecierea stării de nutriţie a gravidei, sfaturi privind alimentaţia: – gravida care varsă este sfătuită să nu se ridice brusc din pat şi chiar înainte de a se ridica să mănânce câţiva biscuiţi, pâine prăjită sau sărăţele – să evite alimentele grase, prăjeli mai ales înainte de culcare – asigurarea confortului psihic prin discuţii cu soţul atunci când este necesar – informarea gravidei asupra datei posibile a naşterii – cântărirea, măsurarea tensiunii arteriale, informarea privind investigaţiile care trebuie făcute în timpul sarcinii: determinarea grupelor sanguine, Rh, reacţia serologică, examen sumar de urină, examenul secreţiei vaginale – stabilirea ritmului consultaţiei – instruirea gravidei privind semnele de avort, manifestări în sarcina patologică

GRAVIDA CU SARCINĂ NORMALĂ. ÎN TRIMESTRUL II

Între săptămânile 14–20, semnele clinice de sarcină sunt de probabilitate iar după săptămâna a 20-a apar cele de certitudine

Culegerea datelor	*Manifestări legate de sarcină:* – amenoree – se notează data ultimei menstruații – modificări cutanate mai accentuate – tulburări neurovegetative diminuate sau dispărute – mișcări fetale după săptămâna a 20-a la primipare și după săptămâna a 18-a la multipare – la palparea abdominală se pot simți părți mici fetale și, din luna a VI-a, chiar cei doi poli fetali – bătăile cordului fetal se pot asculta din luna a V-a cu un ritm embriocardic de 120-150/min. *Manifestări legate de modificările organismului:* – prurit tegumentar – stare de leșin (hipotensiune ortostatică) – apetit crescut, arsuri epigastrice – constipație, flatulență cu borborisme – varice – leucoree – migrene, furnicături, amorțeli ale degetelor – dureri lombosacrale și pelvine
Probleme	– deficit de cunoștințe în legătură cu: – evoluția normală a sarcinii în trimestrul II – unele modificări produse de sarcină și îngrijire proprie a sănătății – semne de pericol legate de sarcină – alterarea imaginii de sine în legătură cu modificările produse de sarcină (masca gravidică, creșterea abdomenului) – alterarea confortului din cauza poziției defectuoase, schimbări centrului de greutate, a durerilor lombare – deficit de cunoștințe în legătură cu pregătirea mameloanelor pentru alimentația naturală
Obiective	Gravida: – să demonstreze cunoașterea evoluției normale a sarcinii – să respecte orarul vizitelor, să se prezinte la controlul periodic – să cunoască factorii care pun în pericol sarcina, putând declanșa avort sau naștere prematură – să poarte îmbrăcăminte și încălțăminte adecvată – să stimuleze formarea mamelonului – să aleagă o poziție relaxantă, să se poate odihni

Intervenţii	Asistenta: – *evaluează cunoştinţele gravidei*, pentru a răspunde preocupărilor şi întrebărilor acesteia – *la controlul periodic:* – cântăreşte gravida, o informează asupra creşterii în greutate; măsoară tensiunea arterială – apreciază sau măsoară înălţimea fundului uterin – ascultă bătăile cordului fetal – sfătuieşte gravida să repete examenul de urină – *pentru prevenirea naşterii premature* sau a avortului sfătuieşte gravida: – să evite efortul prelungit, călătoriile lungi – să evite ortostatismul prelungit – să nu facă spălături vaginale, deoarece pot declanşa apariţia contracţiilor, favorizând avortul – *pentru combaterea unor manifestări legate de sarcină* îndrumă gravida: – să menţină igiena locală în cazul hemoroizilor prin băi călduţe (nu calde), să folosească tampoane absorbante pentru leucoree, care nu poate fi combătută – să consulte medicul dacă leucoreea devine abundentă, cu miros şi culoare modificată, eventual prurit – să bea cel puţin şase pahare de apă pe zi, să facă mişcare (fără excese), pentru combaterea constipaţiei – să nu ia purgative sau laxative deoarece pot produce contracţii uterine – să se odihnească în decubit dorsal, cu picioarele mai sus, pentru reducerea eventualelor edeme, varice, dureri ale membrelor inferioare – să mestece bine alimentele, să le evite pe cele grase, pe cele care produc gaze, mesele abundente, să consume lapte pentru combaterea arsurilor – să-şi schimbe încet poziţia pentru evitarea hipotensiunii ortostatice, precum şi a celei de decubit determinată de compresiunea venei cave inferioare – *pentru creşterea confortului:* – sfătuieşte gravida să poarte îmbrăcăminte lejeră şi încălţăminte comodă, fără toc, care să nu jeneze respiraţia şi circulaţia – încurajează gravida să pună întrebări, să-şi exprime temerile în legătură cu sarcina, cu naşterea – o asigură că modificările tegumentare determinate de sarcină vor dispărea la scurt timp după naştere – *pentru formarea mamelonului instruieşte gravida cu* privire la tehnicile de stimulare: se prinde mamelonul între degetul mare şi

	arătător, ceea ce va determina, de obicei, erecţia şi, mai rar, retracţia (mamelon ombilicat) – dacă mamelonul prezintă retracţie, învaţă gravida să plaseze două degete la început deasupra şi dedesubtul mamelonului, apoi lateral de-o parte şi de alta, executând un masaj blând prin împingerea areolei spre peretele toracic; această manevră se repetă zilnic, timp de cinci minute. – pentru ambele tipuri de mameloane recomandă: a) spălarea cu apă călduţă pentru prevenirea blocării canalelor galactofore cu colostru uscat; nu se utilizează săpun deoarece îndepărtează stratul protector de grăsime, care conferă elasticitatea mamelonului b) după baie sau duş se vor şterge energic cu un prosop aspru, cu o forţă moderată pentru a nu produce iritaţie c) stimularea prin rularea mamelonului între degetul mare şi arătător; această manevră poate declanşa contracţii uterine, motiv pentru care nu se practică la gravidele cu avorturi în antecedente şi/sau risc de naştere prematură d) expunerea mamelonului la aer, evitarea lenjeriei din fibre sintetice, a sutienului prea strâmt

GRAVIDA CU SARCINĂ NORMALĂ ÎN TRIMESTRUL III

Culegerea datelor	*manifestări legate de sarcină*: – uter mărit de volum (vezi modificăiile din lunile 7–9) – înălţimea fundului uterin în cm: 28 cm la 7 luni, 30 cm la 8 luni, 32–34 cm la termen – axul uterin longitudinal sau transversal în funcţie de aşezarea fătului – creştere în greutate până la sfârşitul sarcinii cu maximum 12 kg – BCF prezente – mişcări active fetale prezente – *manifestări determinate de adaptarea organismului* la sarcină: –dispneea – constipaţia – insomnia din cauza mişărilor fetale, a creşterii frecvenţei micţiunilor – anxietate crescută, teamă de naştere – gingivită – dureri articulare, pelviene, lombare – crampe în membrele inferioare, edeme gambiere – modificări de postură, modificarea mersului

Probleme	– deficit de cunoştinţe privind naşterea prematură – anxietate în legătură cu naşterea în general şi cu cea prematură în special – posibilă traumatizare a fătului şi mamei din cauza ruperii premature a membranelor – intoleranţă la activităţile fizice – alterarea comportamentului sexual din cauza disconfortului specific trimestrului III – alterarea somnului – alterarea eliminărilor intestinale – constipaţia – alterarea eliminărilor urinare – polakiuria – alterarea confortului din cauza durerilor lombare şi articulare în membrele inferioare, modificări de postură – deficit de cunoştinte în legătură cu declanşarea travaliului
Obiective	Gravida: – să cunoască semnele naşterii premature – să cunoască semnele rupturii premature a membranelor – să nu prezinte anxietate (să diminueze anxietatea) – să-şi dozeze efortul fizic, să doarmă – să păstreze o postură corectă, să poarte încălţăminte adecvată – să accepte restricţiile privind comportamentul sexual, cuplul să înţeleagă necesitatea acestor schimbări în relaţiile sexuale – să facă exercitii respiratorii care o vor ajuta şi în timpul naşterii – să folosească tehnici de combatere/reducere a edemelor
Intervenţii	Asistenta supraveghează gravida şi face educaţie continuă – informează gravida despre: – semnele declanşării travaliului precoce, caracterul ritmic al contracţiilor – cauzele care pot declanşa travaliul – semnele ruperii membranelor: scurgerea apoasă, în cantitate mai mare, cu miros fad caracteristic; o sfătuieşte să se prezinte la spital pentru consult, proba Zeiwang (examenul lichidului amniotic); să se prezinte urgent la medic dacă nu mai percepe mişcări fetale – sfătuieşte gravida: – să evite ortostatismul, să se odihnească mai mult dacă oboseşte (să solicite ajutor la treburile gospodăreşti) să-şi găsească o poziţie bună pentru somn în care să respire mai bine, la nevoie sprijinită pe perne – să se odihnească cu picioarele aşezate mai sus – să limiteze excesul de lichide înainte de culcare, să reducă sarea din alimentaţie – oferă informaţii despre raporturile sexuale, reducerea lor în ultimele două luni de sarcină (pot declanşa travaliul); interzicerea în caz de ameninţare de avort, iminenţă de naştere prematură, infecţii

	– la controlul medical periodic: – cântărire, măsurarea tensiunii arteriale, repetarea analizelor, examen obstetrical – se apreciază dezvoltarea sarcinii după înălțimea fundului uterin, în raport cu primele mișcări fetale – se informează gravida cu semnele premergătoare declanșării travaliului

GRAVIDA LA TERMEN
(38–40 săptămâni)

Gravida se prezintă pentru internare în vederea asistenței la naștere acuzând semne premergătoare declanșării travaliului sau în urma sfatului medical.

Examenul gravidei la termen se face de către medic și cuprinde: interogatoriul, examenul clinic general, examenul obstetrical (inspecție, palpare, auscultație, tușeu vaginal, măsurarea abdomenului și bazinului).

Asistenta culege informații utile pentru supravegherea travaliului și asistența la naștere.

Culegerea datelor	– ușurarea respirației, uterul coboară sub apendicele xifoid – polakiurie – constipație sau diaree – pot apărea contracții uterine dureroase, ritmice, rare – eliminarea dopului gelatinos – modificări la nivelul colului
Probleme	– alterarea confortului datorită durerii – anxietate legată de naștere – deficit de cunoștințe privind desfășurarea nașterii
Obiective	Gravida: – să colaboreze cu personalul, să aibă încredere – să cunoască desfășurarea nașterii, durata travaliului
Intervenții	Asistenta: – ajută gravida să înțeleagă că durerea nu poate fi calmată și că intensitatea va crește pe măsură ce expulzia se apropie – pregătește gravida pentru naștere, asigură igiena, îndepărtează pilozitatea, efectuează clisme evacuatorii, asigură golirea vezicii – amplasează gravida într-un salon liniștit, o supraveghează permanent, asigură odihna – ascultă bătăile cordului fetal, urmărește ritmicitatea contracțiilor, informează medicul

GRAVIDA ÎN TRAVALIU – ASISTAREA NAŞTERII

Declanşarea travaliului corespunde unui anumit echilibru neuro-umoral şi endocrin.

Durata travaliului este în medie de 8–14 ore la primipare şi 6–8 ore la multipare.

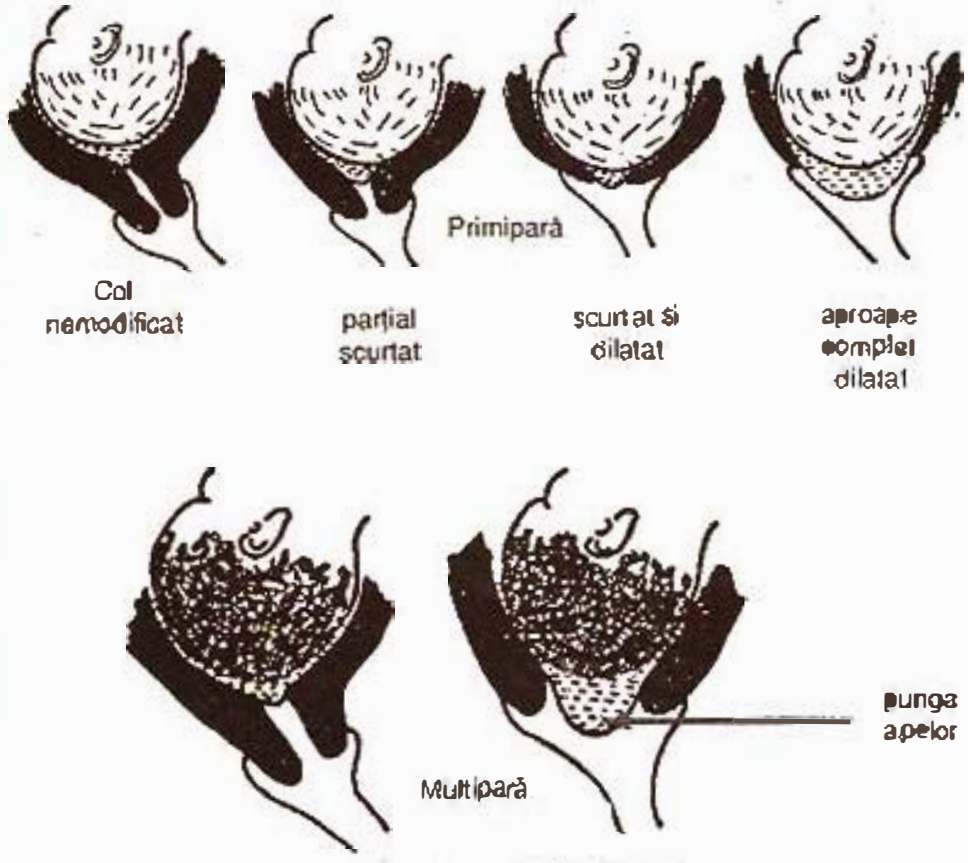
Cuprinde trei perioade:

a) perioada de dilataţie. caracterizată prin contracţii uterine dureroase la intervale de 10–15 minute; femeia poate deveni agitată

b) perioada de expulzie a fătului începe după dilataţia completă şi ruperea membranelor; contracţiile se succed la 1–2 minute. durata se prelungeşte la 60–90 secunde, durerile devin din ce în ce mai puternice; durează de la 30 minute la 1 1/2 ore la primipare şi 15–30 minute la multipare; apare senzaţia de screamăt datorită compresiunii rectului

c) perioada de delivrenţă – urmează la 15–20 minute după expulzia fătului, constă în dezlipirea şi eliminarea placentei şi membranelor. Se produce în trei timpi, dezlipirea placentei, coborârea în vagin şi expulzia.

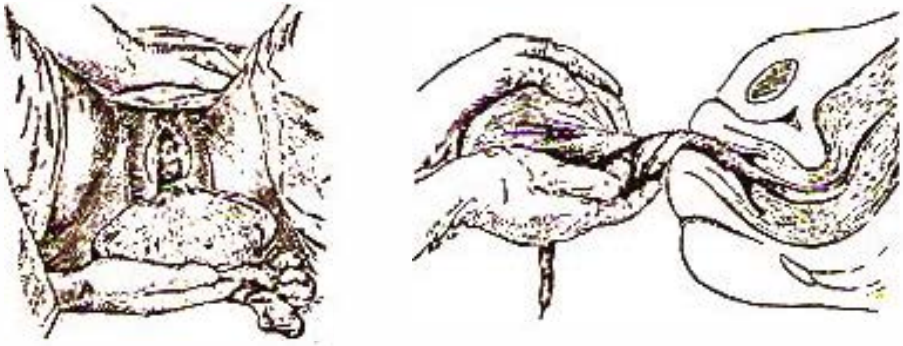
Culegerea datelor	– stare de agitaţie – contracţii uterine dureroase. ritmice, cu frecvenţă şi intensitate crescândă – modificări la nivelul colului (scurtare, ştergere, dilatare) ajungând la dilataţie completă (10–1 1 cm)



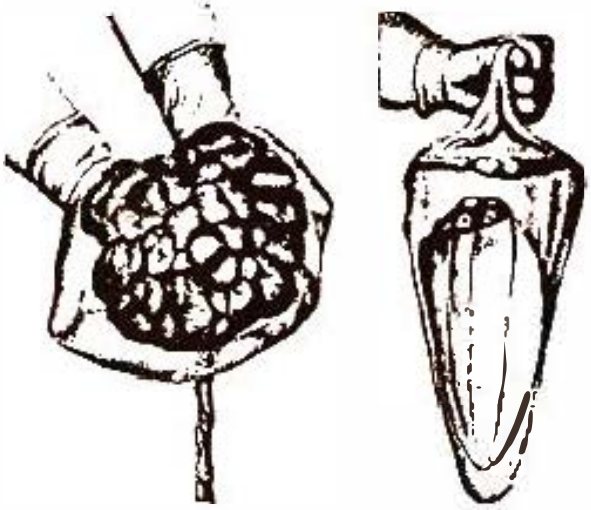
	– formarea pungii apelor, ruperea membranelor – apariţia senzaţiei de scremăt – bătăile cordului fetal prezente
Probleme	– disconfort din cauza durerii – anxietate – posibilă alterare a dinamicii uterine – posibilă modificare a ritmului cardiac fetal (suferinţă fetală) – colaborare ineficientă în legătură cu lipsa de educaţie sau prag scăzut la durere – posibilă lezare a ţesuturilor moi (tăiere, ruptură), în timpul expulziei – posibilă modificare a ritmului cardiac matern din cauza pierderilor de sânge în perioada delivrenţei
Obiective	Gravida: – să colaboreze cu asistenta şi medicul – să nu prezinte modificări de dinamică uterină Naşterea să se producă fără incidente majore. Să nu se instaleze suferinta fetală.
Intervenţii	Asistenta: – supraveghează bătăile cordului fetal la intervale de 30 minute la început, apoi la 15 minute, urmăreşte succesiunea contracţiilor uterine, durata – consemnează, la indicaţia medicului, modificarea colului, starea membranelor în foaia anexă obstetricală – semnalează apariţia unor fenomene (tulburări de dinamică suferinţă fetală), realizează corectarea medicamentoasă conform prescriptiei medicale – supraveghează starea gravidei prin măsurarea pulsului, tensiunii arteriale, temperaturii; urmăreşte comportamentul – urmăreşte aspectul lichidului amniotic, raportează asupra modificărilor – pregăteşte materialele necesare pentru asistenţa la naştere: câmpuri sterile, mănuşi sterile, material de dezinfecţie, pense, foarfeci sterile, aţă pentru cordonul ombilical, materiale pentru îngrijirea nou-născutului, materiale pentru prevenirea oftalmiei gonococice medicamente pentru dirijarea travaliului etc – colaborează permanent cu gravida, sfătuind-o cum să respire şi să-şi prelungească voluntar contracţiile – supraveghează perineul în timpul expulziei, anunţă medicul pentru perinectomie sau episiotomie în cazul în care opune rezistenţă – asistă expulzia respectând timpii

– dezobstrucează căile respiratorii ale nou-născutului, secționează și ligaturează cordonul ombilical
– observă semne de dezlipire a placentei: pierderi mici de sânge, contracții uterine slabe, coborârea fundului uterin sub ombilic și a cordonului restant, uter dur contractat, apăsarea deasupra simfizei pubiene nu determină ridicarea cordonului restant

– prinde placenta cu palmele făcute căuș, răsucește membranele pentru evitarea ruperii și rămânerii acestora în cavitate



– verifică integritatea placentei pe ambele fețe, acordând atenție deosebită cotiledoanelor aberante
– verifică integritatea țesuturilor moi materne (col, perineu), colaborează cu medicul în vederea suturării



ÎNGRIJIRI ACORDATE ÎN LĂUZIE

LĂUZA ÎN PRIMELE DOUĂ ORE

Culegerea datelor	– oboseală, tendinţă la somn – uneori frison – puls rar, bradicardic – uter dur, contractat, glob de siguranţă, la nivelul ombiiicului – sângerare moderată
Probleme	– posibilă alterare a ritmului şi frecvenţei cardiace în legătură cu hemoragia post-partum – disconfort în legătură cu leziunile perineale, cu distensia ţesuturilor – posibilă infecţie
Obiective	– lăuza să colaboreze, să înţeleagă că somnul produce relaxarea musculaturii uterine şi favorizează hemoragia
Intervenţii	Asistenta: – efectuează masaj uterin transabdominal pentru favorizarea retracţiei şi formării globului de siguranţă – controlează sângerarea, anunţând medicul în cazul în care este crescută, nu apare globul de siguranţă – supraveghează faciesul şi comportamentul lăuzei – antrenează lăuza în discuţii pentru a nu adormi – administrează ceai, limonadă – controlează funcţiile vitale, depistează semnele şocului hipovolemic – transportă lăuza în salon

ÎNGRIJIRI ÎN LĂUZIA FIZIOLOGICĂ

Lăuzia cuprinde primele 6 săptămâni după naştere. Ciclul ovarian se reia, o nouă sarcină fiind posibilă chiar dacă se menţine amenoreea de lactaţie. Organele genitale revin treptat la normal.

Culegerea datelor	– scurgerea lohiilor: sanguinolente, serosanguinolente, seroase – involuţia uterină – apariţia secreţiei lactate – revenirea la normal a pulsului, tensiunii arteriale (uşor crescută în travaliu) – tranzit încetinit – diureză crescută

Probleme	– deficit de cunoştinţe privind autoîngrijirea – posibilă alterare a ritmului cardiac din cauza sângerării (determinată de resturile placentare sau tromboflebitei post-partum) – posibilă stare de disconfort în legătură cu instalarea secreţiei lactate – alterarea eliminărilor – deficit de cunoştinţe privind igiena sânilor şi alăptarea, alimentaţia în lăuzie
Obiective	Lăuza: – să fie capabilă să se autoîngrijească – să nu apară complicaţii infecţioase sau hemoragice – să cunoască semnele „furiei laptelui" – să elimine normal, să revină la orarul propriu – să-şi efectueze igiena sânilor
Intervenţii	Asistenta: – explică lăuzei importanta îngrijirilor igienice pentru prevenirea infecţiilor puerperale (după naştere) – efectuează toaleta locală, schimbarea tampoanelor, observă lohiile (aspect, miros, culoare, cantitate); observă aspectul plăgii perineale, anunţând medicul în caz de modificări – instruieşte gravida să se autoîngrijească – controlează involuţia uterină (scade cu 1–1,5 cm/zi), devenind organ intrapelvin după 12 zile Involuţia uterină: – măsoară temperatura, pulsul, tensiunea arterială, pentru depistarea eventualelor complicatii (hemoragii, infecţii, tromboflebită) – explică modul de instalare a secreţiei lactate, a „furiei laptelui" care poate fi însoţită de creşterea temperaturii până la 37,5°C – instruieşte lăuza să-şi spele mâinile şi sânii înainte şi după supt; să evite prelungirea suptului pentru a nu favoriza apariţia ragadelor – stimulează mobilizarea precoce a lăuzei pentru prevenirea complicaţiilor – încurajează creşterea cantităţii de lichide din alimentaţie – atenţionează lăuza: – să nu consume băuturi alcoolice, excitante (cafea, ciocolată, cacao, ceai rusesc) – să evite alimentele flatulente – să nu consume alimente cu fibre în cazul leziunilor perineale pentru evitarea efortului de defecaţie – efectuează sondaj vezical în caz de retenţie urinară în primele ore după naştere

	– instruieşte lăuza la externare: – să-şi menţină o bună igienă locală, să folosească tampoane vulvare sterile – să evite raporturile sexuale şase-opt săptămâni – să nu ia medicamente fără recomandare medicală deoarece unele se elimină prin secreţia lactată – sfătuieşte familia să ajute mama în îngrijirea copilului, precum şi în plan emoţional, pentru a se adapta noului rol

ÎNGRIJIREA ŞI SUPRAVEGHEREA GRAVIDEI CU SARCINĂ PATOLOGICĂ

GRAVIDA CU RISC OBSTETRICAL

Evoluţia unei sarcini depinde, în mare măsură, de mediul fizic, social, familial, de dorinţa cu care este aşteptat copilul, de modul în care viitoarea mamă colaborează cu personalul medico-sanitar, acceptă sfaturile şi înţelege să le aplice.

Este necesară cunoaşterea cauzelor care determină riscul obstetrical, pentru identificarea problemelor de îngrijire, stabilirea obiectivelor şi acţiunilor de nursing, în vederea asigurării unei supravegheri diferenţiate.

1. Circumstanţe psiho-sociale	– Sarcină nedorită – Familii dezorganizate. Climatul afectiv neprielnic, venit redus, alimentaţie deficitară – Domiciliul femeii în zone geografice greu accesibile, fără posibilităţi de anunţ telefonic, de transport de urgenţă – Nerespectarea prevederilor legislaţiei de ocrotire a femeii gravide la locul de muncă
2. Factori generali	– Vârsta: grupele de vârstă sub 20 de ani, cât şi cele de peste 35 de ani – Primigestele foarte tinere sau peste 35 de ani – Marile multigeste sau numai multipare (chiar cu 3-4 naşteri ectopice în antecedente) – Înălţimea sub 1,55 m – Greutatea sub 45 kg – Infantilism genital – Izoimunizare Rh sau de grup
3. Antecedente ginecologico-obstetricale	– Uter cicatriceal (în special după operaţia cezariană (corporeală) – Malformaţii sau tumori genitale (în special fibrom) – Sterilitate involuntară tratată – Operaţii plastice pe sfera genitală (prolaps, fistule, chirurgia infertilităţii sau pe rect)

	– Sarcini cu complicaţii (hemoragii, infecţii, toxemii) sau o sarcină la mai puţin de un an de la ultima naştere – Întreruperea intempestivă a cursului sarcinii (avort, sarcină prematură) – Naşteri cu: distocii mecanice, de dinamică, în delivrentă, intervenţii, născuţi morţi, decedaţi în perioada neonatală precoce, malformaţii, hipertrofie fetală, macrosomi, copii cu handicap.
4. Boli preexistente sarcinii	– Cardiopatii – Boala hipertensivă – Anemii – Tulburări endocrino-metabolice (obezitate, prediabet, diabet, hipoparatiroidism, hipo sau hipertiroidism) – Pneumopatii – Nefropatii – Infecţii cronice (tuberculoză, sifilis) – Boli infecţioase (rubeola, herpes, toxoplasmoza, listerioza, hepatita, colibacilloze, boala cu incluzii citomegalice) – Hepatita cronică – Afecţiuni ortopedice (cifoscolioza, schiopătare)
5. Intoxicaţii	– Alcoolism – Tabagism etc.
6. Sarcină complicată prin:	– Distocii osoase – Distocii de prezentaţie (inclusiv prezentaţia pelvină) – Creşterea anormală în greutate, peste 20% faţă de greutatea iniţială în timpul sarcinii (peste 3% în trim. I, peste 6% în trim. al II-lea, peste 1 t–12% în trim. al III-lea) sau creşterea nesemnificativă a greutăţii – Trepiedul disgravidiei tardive – Infecţii: urinare, vaginale, cutanate – Creşterea anormală a volumului uterului (gemelaritate, oligoamnios, hidramnios) – Hemoragii după a 20-a săptămână a sarcinii – Incompetenta cervicală – Fals travaliu – Incompatibilităţi de grup sau de Rh – Intervenţii chirurgicale – Teste de explorare a potenţialului biologic cu valori deficitare (colpocitohormonologia, estriolul, hormonul lactogenic placentar, amnioscopia, amniocenteza etc.)

7. Hemoragie recentă	– Ruptura de membrane de peste 6 ore, fără declanşarea contractilităţii uterine – Procidenţa de cordon – Suspiciune clinică de suferinţă fetală – Moartea intrauterină a fătului

GRAVIDA CU DISGRAVIDIE PRECOCE

Disgravidiile sunt manifestări patologice determinate de evoluţia sarcinii şi pot pune în pericol viaţa femeii.

În prima jumătate a sarcinii apar vărsături simple, care nu alterează starea generată şi dispar în luna a IV-a.

În cazuri patologice vărsăturile sunt incoercibile, grave, asociate cu scădere în greutate, stare generală alterată.

Culegerea datelor	– vărsături abundente, repetate – scădere în greutate cu aproximativ 300–500 g/zi – constipaţie – scăderea diurezei până la 400 ml/zi – alterarea stării generale – tahicardie – facies zbârcit, buze arse, uscate – în formele grave: tulburări nervoase, anurie
Probleme	– alterarea nutriţiei din cauza greţurilor şi vărsăturilor manifestată prin scădere în greutate – deficit de volum lichidian din cauza greţurilor şi vărsăturilor – teamă în legătură cu creşterea riscului perinatal, anxietate
Obiective	Gravida: – să se poată alimenta şi hidrata; să crească în greutate – să nu prezinte semne de deshidratare, tulburări electrolitice; să nu prezinte corpi cetonici în urină
Intervenţii	– internarea în spital este obligatorie – se explică importanţa spitalizării permanente pentru prevenirea stării de acidoză – se menţine o stare nutriţională adecvată

	– se identifică deficitul de volum prin: – măsurarea tensiunii arteriale – observarea semnelor de deshidratare (tegumente, mucoase) – cântărire – hidratare parenterală conform indicațiilor medicale

GRAVIDA CU DISGRAVIDIE TARDIVĂ

Disgravidia tardivă se caracterizează prin: edem, hipertensiune arterială, albuminurie. Se depistează în cadrul controlului prenatal.

Disgravidia tardivă nesupravegheată evoluează spre preeclampsie și eclampsie.

Culegerea datelor	– edeme, tensiune arterială peste 140/90 mmHg – creștere rapidă în greutate – cefalee severă, tulburări de vedere somnolență, tulburări auditive – greață, vărsături – oligurie, proteinurie
Probleme	– deficit de cunoștințe în legătură cu factorii de risc, severitatea bolii – posibilă vătămare a mamei și copilului – alimentație insuficientă – alterarea confortului din cauza cefaleei – alterarea eliminărilor – anxietate din cauza necunoașterii evoluției – inadaptare la rol (nu respectă regimul) – acumulare excesivă de lichide (edeme)
Obiective	– să cunoască boala gravidică, să colaboreze pentru prevenirea eclampsiei – să raporteze zilnic asistentei propriile observații legate de creșterea sau scăderea edemelor, diureză, confort – să relateze medicului modificările stării sale – să demonstreze că a înțeles necesitatea reducerii consumului de sare; urmează regimul prescris – gravida să înțeleagă cauzele edemelor, să cunoască semnele toxemiei gravidice
Intervenții	– depistarea factorilor de risc cu ocazia controalelor prenatale – explicarea modului de acțiune a factorilor de risc – instruirea gravidei să-și controleze zilnic greutatea – raportarea manifestărilor legate de sistemul nervos central: tulburări de vedere, cefalee, grețuri, vărsături, convulsii

	– explicarea importanţei reducerii sării din alimentaţie – prelungirea repausului – sfătuirea gravidei să se interneze pentru a evita compromiterea sarcinii şi complicaţiile post-partum – asigurarea liniştii şi a odihnei, a confortului psihic – medicamente – la indicaţia medicului *În convulsii:* – izolare, linişte – introducerea unui depărtător de gură, o spatulă lingvală sau o coadă de lingură înfăşurată în material textil între arcadele dentare pentru a nu-şi muşca limba – poziţie care să asigure respiraţia – montarea unei sonde urinare – prinderea unei vene – oprirea convulsiilor – grăbirea naşterii

GRAVIDA CU HEMORAGII ÎN TIMPUL SARCINII

În prima jumătate a sarcinii pot apărea: avortul care are numeroase cauze – ovulare, materne, factori de mediu; mola hidatiformă (sarcina molară) şi sarcina extrauterină.

În a doua jumătate hemoragiile pot fi cauzate de avorturi în luna V–VI de sarcină, placenta praevia şi abruptio placentae (apoplexia uteroplacentară)

GRAVIDA CU IMINENŢĂ DE AVORT

Avortul reprezintă întreruperea spontană sau provocată a sarcinii în primele 6 luni. După acest termen, expulzia produsului de concepţie poartă denumirea de naştere prematură, fătul fiind viabil.

Culegerea datelor	– femeia acuză dureri pelviene, contracţii uterine, metroragie – medicul constată modificări ale colului uterin, deschiderea orificiilor colului
Probleme	– alterarea confortului – posibilă alterare hemodinamică din cauza sângerării Pot apărea probleme în plan psihologic la femeia cu avorturi repetate, ajungând până la modificări ale dinamicii cuplului
Obiective	Gravida: – să nu prezinte disconfort – să-şi menţină volumul sanguin, frecvenţa şi ritmul cardiac în limite normale
Intervenţii	Asistenta: – asigură liniştea şi repausul

	– sfătuieşte gravida să consulte de urgentă medicul – obsevă pierderile de sânge: cantitate, aspect, eventuale resturi ovulare – măsoară şi supraveghează funcţiile vitale, observă comportamentul şi reacţiile gravidei – administrează medicamentele recomandate de medic (sedative, calmante, tranchilizante) – sfătuieşte gravida să-şi menţină o igienă riguroasă pentru evitarea infectiei

GRAVIDA CU PLACENTĂ PRAEVIA

Placenta se inseră pe segmentul inferior, putând să ocupe în întregime orificiul colului uterin. Poate fi depistată în timpul controlului prenatal prin examen echografic.

Culegerea datelor	– în antecedente: avorturi repetate, metropatii hemoragice, procese inflamatorii; multiparitatea, vârsta peste 35 de ani, operaţia cezariană – depistată, este cunoscută ca gravidă cu risc – hemoragia apare în repaus, chiar noaptea; sângele este roşu-deschis – nu prezintă dureri – anxietate
Probleme	– pericol de traumatizare a fătului – posibilă alterare a ritmului cardiac matern din cauza hemoragiei
Obiective	– să nu sângereze – să nu fie compromis copilul, viaţa mamei
Intervenţii	Asistenta: – supraveghează permanent gravida în teritoriu, o sfătuieşte să se interneze obligatoriu în spital la apariţia sângerării, unde va rămâne până la naştere – în spital: – urmăreşte prezenţa durerii şi a contracţiilor uterine – asigură repausul obligatoriu la pat – supraveghează evoluţia sângerării – la indicaţia medicului administrează antispastice şi tocolitice – pregăteşte gravida pentru operaţia cezariană

LĂUZA CU OPERAŢIE CEZARIANĂ

Indicaţia pentru finalizarea naşterii prin operaţie cezariană este, în exclusivitate, de competenţa medicului, dar asistenta medicală trebuie să cunoască principalele aspecte privind pregătirea pentru intervenţie şi particularităţile de îngrijire ale lăuzei operate.

Unele gravide ştiu, încă din perioada sarcinii, că vor fi supuse intervenţiei, în timp ce la altele operaţia constituie o urgenţă.

Asistenta medicală trebuie să fie pregătită să facă faţă oricărei situaţii.

Principalele indicaţii pentru naşterea prin cezariană sunt:

Indicaţii materne	1. Distocia mecanică: – distocii ale bazinului osos (bazine viciate, simetrice şi asimetrice) – distocii de prezentaţie (transversală, pelviană, craniană deflectată) – disproporţie feto-maternă (exces de volum al fătului) 2. Distocia de dinamică şi dilataţie: – hipokinezia = contracţii rare, slabe, mai puţin de 2 în 10 minute, evoluează spre inerţie – hiperkinezia = contracţii dése, cu ritm de 6–10 în 10 minute, de intensitate crescută – hipertonia, simplă sau asociată cu hiperkinezia şi sindromul de iminenţă de ruptură sau chiar de ruptură uterină – diskineziile, care afectează toate componentele contracţiei uterine (frecvenţă, intensitate, durată etc.) 3. Placenta praevia 4. Decolarea prematură a placentei normal inserate 5. Eclampsia 6. Uterele cicatriceale
Indicaţii fetale	1. Suferinţa fetală manifestată prin alterarea b.c.f. şi modificarea lichidului amniotic 2. Procidenţa de cordon (când punga amniotică este intactă şi cordonul alunecă în pungă înaintea prezentaţiei) şi prolabarea de cordon (când punga este ruptă şi există riscul comprimării cordonului între prezentaţie şi peretele excavaţiei pelvine) 3. Sarcina biologic prelungită (peste 42 săptămâni) 4. Copil foarte preţios, mai ales la primiparele peste 35 ani şi după tratament de infecunditate 5. Infecţii ale aparatului genital, evitând intectarea fătului, la trecerea prin canalul pelviperineal.

Pentru primipare, operaţia cezariană înlătură traumatismul colului uterin şi al planşeului pelviperineal.

Îngrijirea lăuzei cuprinde două laturi majore: îngrijiri acordate operaţiei pe abdomen şi îngrijiri impuse de manifestările fiziologice ce decurg din lăuzie.

Este stătuită ca cel puţin doi ani să evite o nouă sarcină.

– În timpul lăuziei pot apărea hemoragii cauzate de resturi placentare, de ineiția uterină.

Asistenta anunță medicul, nu părăsește lăuza, se conformează indicațiilor medicale.

– Infecția puerperală este prevenită astăzi prin protecție cu antibiotice la gravidele și lăuzele cu risc (ruptura prematură a membranelor, infecții vaginale sau alte focare infecțioase).

Manifestări, semne: febră, tahicardie, subinvoluție uterină, modificarea aspectului și mirosului lohiilor, dureri.

– Infecțiile glandei mamare apar, mai ales, la primipare, din cauza conformației anormale a mamelonului și a lipsei de igienă.

La început, apar fisuri mamelonare sau ragade care sunt porți de intrare pentru microbi, apoi, dacă nu se iau măsuri, pot apărea limfangita, galactoforita, abcesul sânului.

Intervenții pentru prevenirea și depistarea infecției:

Tractului genital

– Respectarea regulilor de asepsie și antisepsie
– Igienă riguroasă post-parfum
– Pansamente aseptice
– Verificarea aspectului membrelor inferioare, asigurarea repausului pentru prevenirea accidentelor tromboembolice în caz de tromboflebită
– Controlul temperaturii și pulsului; observarea discordanței dintre acestea
– Izolarea lăuzei bolnave
– La indicația medicului – tratament cu antibiotice

Glandei mamare

Reducerea duratei suptului, în caz de ragade – suspendarea alăptării concomitent cu golirea sânului prin muls
– Bandijonarea fisurilor cu nitrat de Ag 1%, menținerea sânilor la aer, evitarea frecării
– În caz de abces mamar, alăptarea este întreruptă, medicul evacuează colecția; îngrijirea plăgii.

GHID PENTRU PLANUL DE ÎNGRIJIRE A GRAVIDEI

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
1. ALTERAREA CONFORTULUI, manilestată prin greață și/sau vărsături, în special dimineața.	Gravida: –să demonstreze adaptarea alimentației la situația actuală; –să știe să evite deshidratarea	Asistenta învață gravida: – să evite mâncărurile grase și mirosuiile care îi determină greața – să mănânce 5 mese pe zi, în cantități mici, bogate în proteine (brânză, lapte, ouă) și hidrocarbonate bine tolerate	– Prezența unor tulburări digestive coexistente sarcinii accentuează vărsăturile – Tulburările funcționale de origine psihosomatică sunt adesea singurele

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– să bea suficient (deoarece pierde prin vărsături), mai ales apă minerală – să consume alimente bogate în Fe şi vitamine – să încerce să ia 50-100 mg/zi de vitamina B6 (după mese) – reduce starea de greaţă – să mănânce dimineaţa (la trezire): iaurt, brânză, să bea sucuri sau lapte, să mănânce biscuiţi simpli sau pâine prăjită, pentru a scădea starea de greaţă – să evite mişcările bruşte – să facă plimbări în aer liber, mai ales după mese – să nu ia medicamente antiemetice sau alte medicamente fără să consulte medicul	cauze, prin creşterea progesteronului şi gonadotrofinelor – Studierea comportamentului este adesea edificatoare pentru stabilirea cauzelor – Creşte aciditatea gastrică – Medicamentele administrate fără prescripţie pot avea influenţe negative asupra sarcinii
2. ALTERAREA NUTRIŢIEI, manifestată prin: – scăderea în greutate; – deshidratare; – paloare; – corpi cetonici în urină	Gravida să reuşească să se alimenteze corespunzător cantitativ şi calitativ	Asistenta: – evaluează semnele de deshidratare şi ale pierderii în greutate – evaluează starea generală, pentru a depista alte cauze posibile (suferinţa gastrică sau duodenală, ulcer, colecistita, hepatita, apendicita) – controlează alimentele consumate, pentru aprecierea calităţii lor nutritive – sfătuieşte gravida să se prezinte la medic pentru prevenirea complicaţiilor grave	– Grijile, temerile legate de sarcină pot fi o cauză – Suferinţele amintite pot fi cauza scăderii poftei de mâncare sau imposibilităţii de a se alimenta corespunzător – Nu consumă alimente calitativ corespunzătoare, pentru că nu ştie sau nu are posibilitatea să şi le procure – Prezenţa corpilor cetonici în urină arată o stare gravă

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
3. ALTERAREA CONFOR-TULUI, din cauza creșterii în volum a sânilor și senzațiilor de furnicătură	Gravida: – să folosească tehnici de îngrijire a sânilor, care reduc disconfortul – să mențină sănătatea sânilor	Asistenta: – evaluează starea locală, pentru a elimina alte cauze – informează femeia despre posibilitatea scurgerii colostrului, care poate fi cauza iritării mameloanelor (datorită frecării) – liniștește femeia și o informează în legătură cu modificările sânului în timpul sarcinii – instruiește gravida să-și pregătească sânii în vederea alăptării, în ultimele 3 luni de sarcină – dacă mameloanele sunt ombilicate, o instruiește cum se fac exerciții de forrrare de 2–3 ori/zi: să prindă mamelonul cu două degete și să-l tragă în afară de mai multe ori Asistenta instruiește gravida: – să nu rupă crustele (ele pot cădea după baie) – să-și spele mâinile și să-și taie unghiile înainte de îngrijirea sânilor – să evite săpunul la spălarea mamelonului – să-și maseze și să-și frece ușor sânii după baie cu o pânză mai aspră – să evite presiunea asupra sânilor folosind sutien lejer și o îmbrăcăminte mai largă – să-și facă examinarea regulată a sânilor	– În timpul sarcinii, glandele mamare cresc în volum, producând senzalia de greutate, iar la unele femei chiar dureri și înțepături – Mamelonul se mărește, areola se bombează, se pigmentează – La sfârșitul lunii a III-a, la apăsarea mamelonului, se scurge colostrul (lichid transparent, lipicios) – La unele femei, mameloanele sunt ombilicate, mici, înfundate – Săpunul usucă și predispune la fisuri – Atenție la apariția secreției lactate (și nu a colostrului), care averlizează asupra evoluției sarcinii

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
4. POSIBILA ALTERARE (TULBURARE) A ELIMINĂRILOR URINARE – manifestată prin creşterea frecvenţei şi/sau jena la micţiune, din cauza – compresiunii exercitate de uterul gravid – infecţiei urinare	Gravida: – să identifice cauzele şi semnele unei posibile infecţii urinare – sarcina să evolueze cu minimum de disconfort	Asistenta: – evaluează semnele pentru depistarea unor afecţiuni preexistente sarcinii sau apărute în timpul sarcinii (uretrite, cistite, pielonefrite), prin: ● urocultură ● examen sumar de urină ● interviu pentru a afla dacă a stat în frig sau umezeală, dacă nu are o afecţiune a coloanei lombosacrale – cercetează dieta pentru a afla dacă nu consumă în exces ceai, cafea, cola sau alte băuturi – cercetează existenta unui eventual diabet, manifestat şi prin sete excesivă, creşterea glucozei în sânge – instruieşte gravida: ● să ingereze 8 cantilale de lichide corespunzătoare în timpul zilei şi să evite consumul în timpul nopţii, pentru a evita nicturia ● să limiteze ingestia de: ceai, cafea, cola – instruieşte gravida cu privire la semnele infecţiei urinare şi importanta intervenţiei medicale prompte, insistând în ultimele luni de sarcină ● să-şi controleze aspectul urinii ● să-şi măsoare temperatura, cacă are mici frisoare, cefalee, astenie nejustificată de alte cauze	– În absenţa semnelor infecţiei, creşterea trecvenţei poate fi cauzată de întinderea bazei vezicii urinare, de creşterea uterului, care creează o senzaţie de plenitudine, reducând capacitatea de umplere – Compresiunea exercitată de uterul gravid, mai ales în ultimele trei luni, determină senzaţie frecventă de micţiune – Consumul excesiv de lichide în timpul nopţii sau al celor cu efect diuretic determină, de asemenea, creşterea numărului de mictiuni – Posibila existentă a diabetului sau a infectiilor urinare se asociază şi cu risc de naştere prematură

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
5. INTOLERANŢA LA ACTIVITATEA FIZICĂ (OBOSEALĂ), din cauza sarcinii, manifestată prin: – lipsa de energie neobişnuită – nevoie de somn	Gravida: – să demonstreze o înţelegere corectă a cauzelor oboselii – să folosească mijloace proprii în vederea reducerii oboselii	Asistenta: – evaluează alimentaţia pentru depistarea lipsurilor care favorizează anemia sau insuficiente calorii – recoltează sânge pentru determinarea hemoglobinei şi hematocritului – evaluează starea psihică a gravidei pentru depistarea anxietăţii şi depresiei – evaluează activităţile desfăşurate de gravidă la locul de muncă (efort fizic, ortostatism, stres) sau/şi în gospodărie – linişteşte gravida, explicându-i că oboseala este normală şi trecătoare – recomandă gravidei mai multă odihnă, să respecte concediul prenatal – ajută gravida (dacă este posibil) să schimbe locul de muncă sau să i se facă unele înlesniri, eventual un dialog cu soţul, cu membrii familiei – recomandă gravidei: ● să nu renunţe la relaţiile sociale ● să menţină legătura cu prietenii ● să participe în continuare la activităţi pe care le preferă.	– În absenţa altor cauze, în prima perioadă oboseala poate fi determinată de modificările hormonale, iar mai târziu – de creşterea nevoilor de odihnă ale aparatului respirator şi cardiovascular, mai ales în trim. al III-lea – Oboseala poate fi determinată şi de alte cauze: ● alimentaţie necorespunzătoare calitativ şi cantitativ ● anemie ● creştere excesivă în greutate prin supraalimentaţie ● efort fizic deosebit prelungit ● poziţie inadecvată ● cauze psihice ● infecţii
6. ALTERAREA CONFORTULUI, din cauza leucoreei (scurgeri vaginale)	Gravida: – să demonstreze cunoaşterea cauzelor leucoreei; – să recunoască semnele infecţiei; – să se autoîngrijească.	Asistenta: – evaluează culoarea, cantitatea şi mirosul scurgerii – evaluează suferinţa gravidei, determinată de semnele însoţitoare: prurit, usturime, umezeală – recoltează secreţii pentru Candida sau infecţii transmise sexual	– În absenţa altor probleme, scurgerea poate fi cauzată de creşterea producerii de mucus cervical, care este alb-gălbui (determinat de estrogeni), de creşterea vascula-

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– liniştește gravida, explicându-i că, în timpul sarcinii, creşterea secreţiei este normală – instruieşte gravida: ● să păstreze igiena locală prin: spălare externă cu apă şi săpun, uscarea regiunii, pudrarea cu talc dacă transpiră ● să folosească tampoane după uscare ● să evite chilotii foarte strânşi sau din fibre sintetice – atrage atenţia gravidei: ● să nu facă irigaţii vaginale ● să se prezinte la medic dacă scurgerea este abundentă, purulentă, iritantă, urât mirositoare – instruieşte gravida să-şi spele regiunea anală după fiecare scaun, iar ştergerea cu hârtie igienică să se facă dinspre vulvă spre anus şi nu invers	rizaţiei locale şi a descuamaţiei – Umezeala determină apariţia iritaţiei locale şi favorizează infecţia – Irigaţiile vaginale acţionează asupra colului hipersensibil, declanşează contracţii uterine, care pot determina avort sau naştere prematură – Creşterea secreţiei este determinată de vaginitele cu: Tricomonas, Candida sau Gonococ
7. ALTERAREA ACTIVITĂŢII SEXUALE, manifestată prin: – scăderea libidoului său sau al partenerului – disconfort fizic şi psihic în relaţia sexuală	Gravida şi soţul (partenerul) să demonstreze înţelegere şi acceptarea cauzelor modificării libidoului	Asistenta: – evaluează motivele care au determinat modificările libidoului: ● disconfort fizic sau emoţional (sau amândouă) ● grija deosebită faţă de sarcină – evaluează starea psihologică a cuplului în legătură cu sarcina (dorită, nedorită, teamă)	– Unele gravide (puţine la număr) pot avea un libidou crescut în primul trimestru al primei sarcini. Trebuie evitate raporturile prea frecvente – Dragostea maternă duce la slăbirea şi inhibiţia libidoului. Conştiinţa maternităţii domină

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– evaluează: ● comunicarea între parteneri (soți) ● priceperea de a face față în situații dificile: înțelegere reciprocă, sprijin afectiv – liniștește gravida și soțul în legătură cu modificările în relațiile sexuale, care pot fi depășite și viața să-și urmeze normal cursul, cu excepția situațiilor în care există contraindicații din cauză stării de sănătate – sfătuiește cuplul că: ● buna comunicare este esențială ● sunt necesare tandrețea și liniștirea gravidei – sfătuiește cuplul asupra unui ritm fiziologic al raporturilor sexuale, în funcție de vârsta sarcinii: ● în prima jumătate a sarcinii un raport la 6–10 zile ● până în luna a 7-a un raport la 10 zile ● abstinența sexuală în ultimele două luni de sarcină, mai ales la femeile cu avort în antecedente	instinctul sexual și dă gravidei altfel de satisfacție psihică. Gravida poate prezenta frigiditate tranzitorie și este nevoie de înțelegere din partea soțului – La unele gravide, modificările fiziologice vasocongestive intense ale tractului vaginal duc la diminuarea senzualității – Stimularea sexuală a femeii cu sarcină avansată produce contracții uterine dureroase, favorizează nașterea prematură și predispune la infecții puerperale
8. ALTERAREA CONFORTULUI: –salivație excesivă	Gravida: – să înțeleagă cauzele salivației – să respecte și să aplice sfaturile date	Asistenta: – evaluează (cercetează) existența anterioară a unor afecțiuni gastro-intestinale, pancreatice, hepatice, ale cavității bucale (stomatite) – liniștește gravida că astfel de manifestări sunt frecvente și trecătoare	– Prezența unor afecțiuni poate determina: hipersalivație (ptialism), stomatite, nevralgie de trigemen, stenoză esofagiană, afecțiuni ale bulbului rahidian

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– sfătuieşte gravida: ● să sugă cubuii de zahăr sau dropsuri tari ● să evite ingerarea excesivă de amidon ● să menţină o bună igienă a cavităţii bucale – informează gravida că salivaţia este mai frecventă în primele luni, dar trebuie să aibă răbdare, deoarece se poate prelungi până la luna a 6-a – a 7-a	– Ptialismul exagerat, când saliva se scurge afară (sialoree), se întâlneşte în: stomatita mercuriană şi saturniană, tabes, encefalită – La gravidă, hipersalivaţia dispare în timpul somnului, ceea ce este o dovadă a originii nervoase
9. ALTERAREA ELIMINĂRII INTESTINALE: – balonare – flatulentă	Gravida: – să înţeleagă cauzele flatulenţei – să folosească tehnici potrivite pentru prevenire şi combatere	Asistenta: – evaluează: ● funcţia digestivă şi alimentaţia (alimente care produc gaze, ingestie grăbită) ● durerile abdominale, eructaţiile şi pirozisul – liniştește gravida, explicându-i că prezenţa gazelor nu influenţează sarcina – sfătuieşte gravida: ● să evite alimentele care produc gaze şi consumul unei cantităţi mari la o masă, cu lăcomie ● să evite mestecarea gumei, tumatul ● să facă plimbări, exerciţii fizice	– Manifestările pot fi cauzate de: ● existenţa unor afecţiuni ● consumul exagerat de alimente ● înghiţirea rapidă, împreună cu o cantitate de aer (aerofagia) – Eliminarea aerului se însoţeşte şi de un reflux alimentar, cu senzaţia de arsură retrosternală – Lipsa de mişcare face să scadă motilitatea intestinală, iar mestecarea gumei favorizează secreţia salivară şi înghiţirea aerului – Pe măsură ce uterul creşte, poate exercita compresiune asupra intestinului

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
10. ALTERAREA CONFORTULUI, manifestată prin dureri de cap (cefalee)	Gravida: – să înțeleagă cauzele durerii de cap, importanța cunoașteri semnelor de toxemie – să exprime stare de confort	Asistenta, împreună cu gravida: – evaluează cauzele care determină durerea de cap, pentru a aprecia dacă este o situație trecătoare sau un semn al complicațiilor de sarcină: ● se observă localizarea durerii (frunte, temporal, occipital), diferența față de alte dureri dinaintea sarcinii ● se analizează factorii cauzatori: oboseală, stres emoțional, alimentație insuficientă, deshidratarea. Asistenta: – culege informații despre: ● eventuale toxemii sau preeclampsii: ● proteinuria ● creșterea în greutate ● edeme ● exagerarea reflexelor ● existența unor sinuzite, a infecțiilor respiratorii, a unor manifestări alergice ● prezența unor boli preexistente sarcini sau existente în antecedentele heredocolaterale (boli cardiovasculare, renale) – explică gravidei cauzele care pot produce cefalee în afara îmbolnăvirilor – liniștește gravida, explicându-i că aceste simptome sunt temporare și pot fi combătute	– Din cauza imbibiției gravidice cresc volumul circulant și efortul cardiac, se produc dilatația și distensia arterelor cerebrale – Tensiunea emoțională determină spasm al sternocleidomastoidianului, gâtului și umerilor, producând durere – Oboseala produce cefalee – În al II-lea trimestru scade presiunea sângelui – Unele medicamente pot fi dăunătoare pentru sarcină – Semnele neglijate duc la eclampsie sau apoplexie utero-placentară

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– sfătuiește gravida: ● să se odihnească mai mult ● să desfășoare activități care o relaxează ● să elimine din alimentație alimentele alergice ● să evite perioadele lungi fără hrană (să mănânce la ore fixe) ● să stea cât mai mult în aer liber ● să nu folosească medicamentele fără acordul medicului – învață gravida care sunt semnele toxemiei gravidice: ● edemele ● cefaleea intensă ● hipertensiunea arterială ● tulburări de vedere ● scăderea cantității de urină	
11. ALTERAREA CONFORTULUI, manifestată prin durere cauzată de întinderea ligamentelor uterine	Gravida: – să înțeleagă cauza durerilor – să respecte sfaturile date	Asistenta: – explică gravidei că, o dată cu creșterea uterului, ligamentele care-l susțin se îngroașă și se întind, producând durere – observă dacă nu se produce contracția uterină (hipertonie) – evaluează alte cauze care determină durere (constipație, modificările bruște de poziție) – învață gravida să evite ortostatismul prelungit și efortul fizic	– Ligamentele uterine se prind de peretele escavației (ligamente largi), de canalele inghinale, muntele Venus și labiile mari (ligamentele rotunde), pe istmul uterin și pe sacru (ligamentele utero-sacrale) și din cauza întinderii dau durerii – Modificarea poziției prin mișcări bruște poate determina durere, ca urmare a schimbării centrului de greutate al uterului

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
12. DIFICULTATE (INTOLERANŢĂ) ÎN DESFĂŞURAREA ACTIVITĂŢII FIZICE, din cauza dispneei, ca urmare a compresiunii exercitate de uterul gravid	Gravida: – să demonstreze înţelegere – să folosească tehnici adecvate pentru o respiraţie normală	Asistenta: – evaluează unele antecedente în legătură cu: deformările toracice, boli pulmonare, astm – determină hemoglobina şi hematocritul, pentru depistarea unei anemii asociate – linişteşte pacienta, explicându-i motivele fiziologice ale dispneei în sarcină – sfătuieşte gravida: ● să-şi menţină spatele drept (să adopte o poziţie adecvată) ● să evite efortul fizic ● să-şi acorde timp de odihnă după orice efort ● să facă gimnastică respiratorie, explicându-i că-i va folosi şi în travaliu ● să doarmă cu toracele uşor ridicat	– Compresiunea venei cave de către uterul gravid împiedică circulaţia de întoarcere către inimă, determinând hipotensiune – Creşterea uterului limitează mişcările diafragmului şi reduce volumul cutiei toracice – Nevoile de oxigen ale organismului sunt sporite – În timpul contracţiilor dureroase frecvenţa şi ritmul respiraţiei se modifică şi gravida trebuie să le coordoneze, pentru a face faţă efortului
13. ALTERAREA CONFORTULUI, manifestată prin dureri musculo-osteo-articulare	Gravida să folosească tehnici adecvate pentru reducerea durerilor musculo-scheletale	Asistenta: – evaluează: ● poziţia gravidei şi cunoştinţele acesteia despre favorizarea circulaţiei, mai ales la membrele inferioare ● timpul de odihnă pe care şi-l poate acorda gravida în poziţie de decubit ● unele defecte anatomice (musculo-scheletice) care pot accentua durerile ● forţa de contracţie scăzută a muşchilor spatelui	– Creşterea greutăţii şi volumului uterului, schimbarea centrului de greutate determină lordoze compensatorii şi contracţii musculare (în marea majoritate a cazurilor, uterul gravidei îşi înclină fundul către dreapta, ceea ce explică şi compresiunea asupra venei cave)

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		– sfătuiește gravida: ● să evite efortul prelungit, cu mișcări de superextensie repetate (atenție la locul de muncă) ● să se odihnească frecvent în poziție de decubit, pentru a obține o relaxare totală, să țină picioarele ridicate ● să poarte îmbrăcăminte lejeră, pantofi cu tocuri joase ● să facă zilnic exerciții ușoare, să se ridice pe vârful picioarelor, să roage pe cineva să-i facă masaj	– Dacă mușchii spatelui nu oferă suport (au o forță scăzută) pentru relaxarea mușchilor abdominali, se accentuează lordoza – Purtarea pantofilor cu toc înalt cauzează schimbări de poziție și contracții musculare lente. – Din cauza estrogenilor se produce o relaxare a articulațiilor
14. ALTERAREA ELIMINĂRII INTESTINALE, din cauza scăderii motilității intestinale și compresiunii exercitate de uterul gravid, manifestată prin constipație	Gravida: – să identifice cauzele constipației – să aplice măsurile de prevenire și combatere	Asistenta: – evaluează: ● dieta, cantitatea de fibre și de lichide ingerată ● unele tulburări preexistente sarcinii (irilabilitatea colonului) ● eventualele modificări în plan psihologic (anxietate, depresie), care pot influența tranzitul – sfătuiește gravida: ● să consume mai multe lichide (6–8 pahare/zi) și să bea, mai ales dimineața, ceai căldut ● să crească aportul de fibre în alimentație, în special în fructe și legume proaspete ● să consume dimineața și seara câte un pahar cu apă rece cu 1–2 linguriițe cu	– Regimul uscat și lipsit de celuloză predispune la constipație – Constipația prelungită produce fermentații intestinale, absorbția toxinelor determină migrene și anorexie, lavorizând dezvoltarea colibacililor, care pot provoca infecții uterine (pielonefrita) – Constipația predispune și la apariția hemoroizilor – Relaxarea tonusului muscular și descreșterea peristaltismului, cauzale de proges-

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		miere sau, dimineața, pe stomacul gol, să bea un pahar cu apă, în care s-au pus seara 6–7 prune uscate ● să facă mișcare în limita posibilităților – explică gravidei că, în ultimul trimestru, constipația e frecventă, deoarece uterul gravidei apasă pe rect	teron, favorizează absorbția apei la nivelul colonului și, în acest fel, crește consistența materiilor fecale, ducând la constipație
15. ALTERAREACONFORTULUI, din cauza varicelor, manifestată prin durere	Gravida să folosească tehnici adecvate de reducere a durerii și de prevenire a agravării varicelor	Asistenta: – evaluează: ● antecedentele personale și familiale cu privire la existența varicelor ● activitatea desfășurată de gravidă (ortostatismul prelungit, munca în mediu umed și cald) – liniștește gravida, explicându-i că vor dispărea după sarcină (sunt și inestetice) – sfătuiește gravida: ● să se odihnească în decubit, cu picioarele ridicate, de două sau mai multe ori pe zi ● seara să facă băi călduțe, la temperatura corpului, urmate de masaj în sensul circulației de întoarcere ● în timpul nopții să doarmă cu picioarele ridicate față de planul patului ● să facă exerciții de mers în timpul zilei (mers pe vârful picioarelor sau pe călcâie de două ori/zi)	– Creșterea volumului sanguin favorizează sporirea presiunii în circulația venoasă – Creșterea volumului uterului favorizează compresiunea pe vene și împiedică întoarcerea venoasă de la picioare la perineu, determinând varice: vulvare, la nivelul membrelor inferioare și hemoroizi – Sedentarismul favorizează stagnarea sângelui în membrele inferioare și pelvis – Tocurile înalte și băile de soare sunt contraindicate

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AŞTEPTAT)	INTERVENŢIILE ASISTENTEI (ACŢIUNI DE NURSING)	MOTIVAŢIA ACŢIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
16. ALTERAREA CONFORTULUI, manifestată prin hemoroizi	Gravida: – să înţeleagă cauzele care produc hemoroizi – să folosească tehnici adecvate pentru a preveni apariţia lor	Asistenta: – evaluează: ● alimentaţia, în legătură cu volumul de lichide şi cantitatea de fier ingerate ● funcţionalitatea intestinului – sfătuieşte gravida: ● să evite constipaţia ● să facă băi calde sau reci, dacă este posibil (spălare după fiecare scaun) ● să cerceteze zona din jurul anusului ● să-şi introducă supozitoarele după efectuarea defecaţiei (după sfatul medicului)	– Lipsa lichidelor şi a fibrelor determină constipaţia, care favorizează apariţia hemoroizilor – Hemoroizii pot sângera, se pot infecta şi, din aceste motive, se cere şi o igienă locală perfectă – Consultul medicului este obligatoriu înainte de folosirea supozitoarelor
17. ALTERAREACONFORTULUI, manifestată prin crampe musculare la picioare	Gravida: – să fie informată despre cauzele crampelor – să ştie să aplice măsuri de prevenire şi combatere	Asistenta: – evaluează dieta, pentru a aprecia dacă alimentele nu sunt în cantitate prea mare – sfătuieşte gravida: ● să consume alimente care conţin calciu sau să ia calciu suplimentar ● să se îngrijească să nu-i fie frig la picioare	– Perturbarea raportului Ca/P (sporirea P) predispune la crampe musculare – Mişcările bruşte favorizează contracturi dureroase
18. ALTERAREA IMAGINII DE SINE (SCHIMBAREA IMAGINII CORPORALE), din cauza sarcinii	Gravida: – să înţeleagă modificările tegumentelor – să folosească tehnici de îngrijire adecvate	Asistenta: – observă pigmentaţia feţei, a abdomenului şi sânilor – liniştește gravida, explicându-i că pigmentarea nu poate fi prevenită, dar dispare progresiv după naştere – sfătuieşte gravida: ● să nu stea la soare, pentru a nu accentua pigmentarea feţei ● să păstreze o bună igienă	– Se pigmentează linia subombilicală – Pe faţă apare masca de sarcină sau cloasma gravidică, pigmentaţie mai evidentă pe frunte şi obraz – Vergeturile pot apărea pe abdomen, fese sau sâni, ca urmare a lipsei de elasticitate a pielii (poate fi defect genetic)

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
19. ALTERAREA CONFORTULUI, manifestată prin contracții uterine. Gravidele acuză contracții ritmice ale uterului, își exprimă îngrijorarea asupra sarcinii	Gravida: – să știe să facă diferența între falsul travaliu și travaliul adevărat – să prevină contracțiile	Asistenta: – evaluează contracțiile, pentru a face diferența între falsele contracții și cele care anunță începerea travaliului – liniștește gravida, explicându-i că asemenea contracții sunt normale, sunt o caracteristică a uterului gravid – informează gravida asupra: ● posibilității nașterii premature și a necesității de a se prezenta la medic ● datei probabile a nașterii ● semnelor de declanșare a travaliului – sfătuiește gravida: ● să se odihnească ● să stea culcată pe partea stângă ● să facă plimbări ușoare, acțiuni care reduc contracțiile	– Contracția uterină există de la începutul sarcinii și se accentuează spre sfârșit – Contracțiile de naștere sunt diferite de cele din timpul sarcinii prin faptul că sunt: dureroase, involuntare, ritmice și progresiv crescânde ca frecvență, durată și intensitate
20. ANXIETATE, cauzată de sângerarea nazală și a gingiilor	Gravida: – să-și exprime temerile, prin discuții deschise – să manifeste interes pentru tehnici de combatere	Asistenta: – observă aspectul gingiilor, pentru evidențierea sângerării – evaluează TA, pentru a descoperi hipertensiunea, cauza posibilă a epistaxisului – sfătuiește gravida: ● să-și mențină igiena bucală perfectă ● să se prezinte la dentist dacă are probleme ● să-și trateze cariile ● să meargă la medic dacă sângerarea nazală se repetă ● să evite efortul fizic	– Sângerarea poate fi cauzată de creșterea estrogenilor, dar și de HTA, de modificări ale hemogramei

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
21. IMPOSIBILITATEA DESFĂȘURĂRII ACTIVITĂȚII (INTOLERANȚA ACTIVITĂȚII), manifestată prin ameteli și leșin. Gravida se plânge de ameteli și pierderea echilibrului	Gravida: – să identifice cauzele ameţelilor – să aplice tehnici adecvate pentru a le preveni și reduce	Asistenta: – evaluează cauzele ameţelilor și factorilor asociați: ● în primele luni, ameţelile pot fi datorate greţurilor sau stărilor de vomă, hipoglicemiei ● posibilă sarcină ectopică ● în trimestrul al II-iea scade presiunea arterială ● în ultimul trimestru ameţelile pot fi datorate: schimbărilor de poziție, hipoglicemiei sau preeclampsiei ● pot exista cauze oculare sau neurologice – evaluează starea de nutriție pentru anemie și hipogticemie, greţuri și vărsături frecvente – evaluează starea emoţională (anxietatea) și semnele unor infecţii ● liniștește gravida, explicându-i posibilele cauze ale ameţelilor – stătuiește gravida: ● să se ridice încet, să stea în pozilie adecvată (culcată), până își revine ● să mănânce puţin și des, pentru a preveni hipoglicemia ● să evite aglomeraţiile și spaţiile închise ● să se odihnească suficient ● să ia vitamine și preparate din fier	– Crește volumul circulant începând din săptămânile 10–14 de sarcină, atingând valoarea maximă în săptămânile 34–36 – Anemia scade capacitatea de oxigenare, de pe urma căreia suferă celula nervoasă – Compresiunea uterului asupra venei cave împiedică întoarcerea sângelui către inimă și creier, scăzând tensiunea arterială – Stagnarea sângelui în extremități favorizează ameţelile – Hiperventilaţia, hipoglicemia, emoţiile, oboseala și infecţiile sunt cauze de ameteli și tulburări de echilibru

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
22. PERTURBAREA SOMNULUI, manifestată prin insomnie	Gravida: – să știe să folosească tehnici de combatere a insomniei – să se simtă bine, odihnită	Asistenta: – evaluează: situațiile neobișnuite de odihnă (somn normal, somnolență în timpul zilei): ● observarea oboselii și iritabilității – evaluează starea emoțională: ● anxietate sau depresiune – verifică alimentele și băuturile consumate – stătuiește gravida: ● să evite mesele copioase ● să evite stimulentele (cafea, ceai, cola), înainte de culcare ● să reducă lichidele ingerate seara, dar să bea în cantitate suficientă în timpul zilei ● să doarmă cu toracele ușor ridicat, pentru a putea respira mai bine (să evite dispneea) ● să facă o scurtă plimbare înainte de culcare ● să nu consume somnifere	Somnul poate fi perturbat de: ● imposibilitatea găsirii unei poziții confortabile datorită creșterii uterului (mărimii abdomenului) ● anxietatea determinată de sarcină, frica de naștere ● nicturie ● mișcările fetale ● mesele bogate înainte de culcare, care dau arsuri stomacale, provoacă indigestie ● crampe musculare în gambe ● dispnee
23. ACUMULARE EXCESIVĂ DE LICHIDE, manifestată prin edeme (alterarea confortului datorită creșterii volumului circulant și acumulării edemelor)	Gravida: – să înțeleagă cauzele edemelor – să cunoască semnele toxemiei gravidice	Asistenta: – evaluează edemele: ● localizare ● mărime – evaluează alimentația privind conținutul de sare, proteine și lichide ingerate – evaluează simptomele, pentru o eventuală disgravidie tardivă (proteinurie, HTA, creștere în	Excesul de Na ține apa, favorizează: ● edemele ● creșterea presiunii venoase ● tulburări ale circulației de întoarcere – Reducerea totală a sării din

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
		greutate, eliminare insuficientă de urină) – liniștește gravida, explicându-i că edemele pot fi favorizate de staza produsă de compresiune – sfătuiește gravida: ● să se odihnească mai mult, să stea culcată pe partea stângă, cu picioarele ridicate ● să poarte îmbrăcăminte lejeră ● să reducă sarea din alimentație, dar să nu o elimine total ● să consume proteine ● să consume o cantitate suficientă de lichide (6–8 pahare de lichide pe zi), pentru a favoriza o diureză normală	alimentație poate provoca dezechilibrul Na/K – Scăderea proteinelor contribuie la reținerea apei în țesuturi

Îngrijiri în pediatrie. Creştere, dezvoltare, maturitate

DEFINIREA NOŢIUNILOR

Activitatea asistentei pediatrice se bazează pe principiile creşterii şi dezvoltării, acestea permiţându-i să ajute copilul să se adapteze schimbărilor interne şi externe care-i însoţesc diferitele etape ale vieţii.

Nevoile unui copil – de securitate, dragoste, confort – sunt manifestate diferit de adult şi exprimate în concordanţă cu gradul lui de dezvoltare.

Creşterea şi dezvoltarea sunt procese ordonate şi previzibile care încep de la concepţie şi continuă până la moarte. Ele pot fi definite astfel:

– *creşterea fizică* se referă la aspectul cantitativ sau măsurabil al dezvoltării fizice a unei persoane (înălţime, greutate, perimetre, dentiţie)

– *dezvoltarea:* cuprinde aspectele calitative sau comportamentale de adaptare progresivă a unei persoane la mediul său (a vorbi coerent, a recunoaşte unele senzaţii, a recuroaşte obiecte)

– *maturitatea* este procesul care conduce la realizarea completă a creşterii şi dezvoltării; cuprinde: dimensiunea biologică, schimbări funcţionale şi de învăţare a comportamentelor mai evoluate.

Fiecare stadiu de dezvoltare se caracterizează printr-un ritm şi comportamente proprii fiecărui individ.

Reuşita sau eşecul pe parcursul unui stadiu de dezvoltare influenţează stadiile următoare, astfel:

– eşecurile repetate în decursul dezvoltării antrenează o neadaptare care poate constitui o ameninţare pentru sănătate

– reuşitele succesive favorizează menţinerea şi promovarea sănătăţii

Cunoaşterea şi înţelegerea procesului de creştere şi dezvoltare permit planificarea intervenţiilor pentru promovarea sănătăţii.

FACTORI CARE INFLUENŢEAZĂ CREŞTEREA ŞI DEZVOLTAREA

– condiţii prenatale

– creşterea şi dezvoltarea fătului depind de starea de sănătate a mamei, de vârsta acesteia, de consumul de tutun, alcool, droguri, de alimentaţie

– familia:
  – asigură securitatea fizică şi psihică
  – susţine dezvoltarea socială şi afectivă
  – promovează învăţarea diferitelor roluri şi comportamente
  – dă informaţii despre lume şi societate
– nutriţia:
  – o alimentaţie adecvată determină satisfacerea nevoilor fiziologice şi dezvoltarea ulterioară
– odihna, somnul, activităţile fizice
  – un echilibru între aceste trei elemente promovează sănătatea fizică şi psihică
– starea de sănătate
  – modifică reacţiile la mediul înconjurător
  – împiedică creşterea şi dezvoltarea atunci când este precară
– experienţa de viaţă şi procesul de învăţare
  – permit progresarea în planul dezvoltării, obţinerea de abilităţi necesare executării unor sarcini
– mediu
  – clima, condiţiile de locuit, situaţia economică influenţează creşterea şi dezvoltarea negativ sau pozitiv.

ETAPELE CREŞTERII ŞI DEZVOLTĂRII

Perioada	Caracteristici mai importante
a) intrauterină – perioada embrionară 1–3 luni	– corespunde organogenezei (se diferenţiază şi se formează aparate şi sisteme: aparat cardiovascular, se dezvoltă sistemul nervos, se diferenţiază celelalte organe inclusiv sexul)
–perioada fetală 3–6 luni	– se produce dezvoltarea de bază a unor sisteme şi aparate, a capacităţii funcţionale (funcţia glandulară, renală, intestinală) – apar primele mişcări active percepute de mamă (la 4 1/2 luni)
6-9 luni	– dezvoltarea sistemului nervos centrai şi, în special, a centrilor respiratori – creşterea în înălţime şi greutate – la sfârşitul acestei perioade fătul este capabil să treacă la viaţa extrauterină
b) nou-născut 0–30 zile	– creşte în prima lună cu aproximativ 4 cm – în a 10-a zi atinge greutatea de la naştere (în primele 4–5 zile având loc scăderea fiziologică) – la sfârşitul lunii prezintă o creştere a greutăţii cu aproximativ 750 g – sunt prezente reflexele arhaice (de deglutiţie, de supt, de orientare, Moro, de apucare, de extensie a capului) – reacţionează la stimuli senzoriali – plânsul este un mijloc de comunicare (disconfort, foame, sete)

c) sugar **1–12 luni**	– se produce o creştere fizică, cognitivă şi psihosocială în ritm rapid – se trece de la un comportament reflex la unul conştient – progrese în ceea ce priveşte motricitatea şi coordonarea mişcărilor ajungând la 1 an să păşească singur, să se aplece, să se ridice – progrese auditive şi vizuale – dezvoltarea limbajului **DE PRECIZAT:** dezvoltarea fizică şi psihomotorie va fi apreciată pentru fiecare lună de viaţă pentru a observa progresele copilului în funcţie de elementele anterioare
d) copil mic **1–3 ani**	– mobilitate crescută: urcă şi coboară scările cu uşurinţă, sare coarda, aruncă şi prinde mingea – motricitatea fină îi permite să deseneze, să scrie litere mari, cifre – gândirea egocentrică e înlocuită cu gândirea intuitivă – ştie care comportament se pedepseşte şi care se recompensează – vocabular îmbunătăţit (2000–3000 de cuvinte) – numeşte culorile, părţile corpului – îşi perfecţionează gramatica: construieşte fraze lungi şi foloseşte adjective potrivite – caută contacte sociale (copii sau persoane străine) – trece de la jocul asociativ la cel cooperativ – lungimea de la naştere se dublează la 4–5 ani – la 6 ani cântăreşte aproximativ 20 kg
e) şcolar **6–14 ani**	– după 6–7 ani apare dentiţia definitivă – au loc transformări comportamentale, intelectuale, şi de personalitate care sunt influenţate de mediu familial şi social – sunt solicitate memoria, atenţia, gândirea, auzul, vederea

ASPECTE ALE ÎNGRIJIRII NOU-NĂSCUTULUI ŞI SUGARULUI

Primele îngrijiri ale nou-născutului	– aşezarea nou-născutului pe un câmp steril imediat după expulzie – aspirarea secreţiilor din cavitatea bucală şi nazală – legarea şi secţionarea cordonului ombilical – pensarea cordonului ombilical cu două pense hemostatice la 10–15 cm de inserţia abdominală – secţionarea cordonului între cele două pense – efectuarea ligaturii la 2 cm de inserţia abdominală

	– secţionarea cordonului la 1 cm distanţă de ligatură – efectuarea nodului – aplicarea unui pansament steril peste bontul ombilical – evaluarea stării clinice (scor APGAR) – ritm cardiac – respiraţie – tonus muscular – reflex de iritabilitate – culoarea tegumentelor şi mucoaselor – acordarea îngrijirilor în caz de apnee tranzitorie, asfixie albă, asfixie albastră – aplicarea măsurilor de prevenire a oftalmiei gonococice – examinarea nou-născutului în vederea decelării unor malformaţii congenitale vizibile – stabilirea sexului, identităţii – cântărirea, măsurarea înălţimii şi perimetrelor (cap, torace, abdomen) – uscarea tegumentelor prin tamponarea cu câmp steril cald, pentru a îndepărta surplusul de „vernix caseosa" – înfăşarea – transport în secţia de nou-născuţi – aşezarea nou-născutului în pat
Îngrijiri până la externarea din maternitate	– asigurarea microclimatului corespunzător (temperatură, umiditate, luminozitate) – supravegherea nou-născutului – funcţii vitale şi vegetative – culoarea tegumentelor şi mucoaselor – reacţia la stimuli senzoriali – apariţia şi evoluţia modificărilor fiziologice (icterul fiziologic, scăderea ponderală, criza hormonală) – observarea apariţiei unor simptome care denotă sindrom neurovascular, boala hemolitică sau infecţii ale aparatului respirator, digestiv – efectuarea îngrijirilor igienice – până la căderea bontului ombilical tegumentele vor fi spălate zilnic (toaleta parţială) cu apă şi săpun, apoi uscate prin tamponare – pe regiunea fesieră se va aplica un unguent protector – schimbarea lenjeriei de pat şi de corp ori de câte ori este nevoie – îngrijirea plăgii ombilicale – alimentaţia nou-născutului – în primele 12 ore ceai neîndulcit

	– după 12 ore este pus la sân, mărind progresiv intervalul, dintre mese, durata suptului şi alternând sânii – asigurarea condiţiilor de igienă – pregătirea fizică a mamei (halat de protecţie, mască, spălarea mamelonului) – asigurarea poziţiei pentru alăptare (la început în pat, apoi şezând pe un scaun) – instruirea mamei asupra modului de alăptare la sân – educaţia mamei privind regimul de viaţă şi alimentaţia pe perioada alăptării, importanţa atimentaţiei naturale pentru dezvoltarea copilului, îngrijiri necesare a fi acordate la domiciliu – vaccinarea B.C.G. **DE PRECIZAT**: în cazul prematurilor se vor aplica măsuri suplimentare privind condiţiile de mediu, combaterea deficienţelor respiratorii, de termoreglare, metabolice, digestive şi prevenirea infecţiilor.
Intervenţii la domiciliu	– asigurarea condiţiilor de mediu – cameră separată, călduroasă, mobilier limitat strict la necesităţile copilului, lumină corespunzătoare, temperatură optimă, curăţenie – alimentaţia – să se facă la aceleaşi ore – stimularea participării active a copilului: să ţină biberonul, apoi cana, să bea singur din cană, să ţină în mână un biscuit, iar la 1 an să folosească linguriţa – calcularea corectă a raţiei alimentare, în funcţie de vârstă – respeclarea principiilor diversificării alimentaţiei (vârstă, stare de sănătate, ordinea introducerii alimentelor noi, introducerea treptată din punct de vedere cantitativ, urmărirea toleranţei digestive) – igiena corporală – baia – zilnic la aceeaşi oră, de preferinţă seara – văniţa va fi utilizată numai în acest scop – temperatura camerei 22-24°C – temperatura apei 37°C – durata nu va depăşi 5-8 minute – nivelul apei să nu depăşească umerii copilului – lângă văniţă vor fi pregătite cele necesare îmbrăcării – după baie uscarea tegumentelor se va face prin tamponare – ştergerea ochilor se va face cu o compresă sterilă, dinspre unghiul exterior spre cel interior – orificile nazale şi auditive se vor curăţa cu tampoane de vată

	– somnul – respectarea orelor de somn în funcţie de vârstă – asigurarea unui mediu adecvat somnului: aerisirea încăperii, fără excitanţi optici sau acustici – regimul de viaţă – trebuie să ţină cont de particularităţile fiecărui copil, va fi individualizat în funcţie de vârstă, starea de sănătate – se vor alterna regulat perioadele de somn, alimentaţie, veghe – se va evita prelungirea stării de veghe care poate determina plâns, agitaţie, întârzierea adormirii la ora de somn – îmbrăcămintea – lenjeria de corp va fi confecţionată din bumbac, de culoare deschisă – va fi adecvată vârstei şi anotimpului – uşor de manevrat – spălat zilnic, fiartă şi călcată – educarea sfincterelor – după vârsta de 5–6 luni copilul va fi aşezat cu regularitate pe oliţă, la aceleaşi ore, după alimentaţie sau când se trezeşte – aprecierea dezvoltării fizice – greutatea, înălţimea şi perimetrele vor fi măsurate periodic – se vor aprecia funcţionalitatea diferitelor organe (maturitatea) – se va urmări erupţia dentară – aprecierea dezvoltării psiho-motorii – constituie criteriul în aprecierea gradului de maturitate al sistemului nervos – aprecierea cuprinde: motricitate, postură, coordonare, dezvoltare senzorială, comportament, limbaj – contribuţia părinţilor la o dezvoltare psiho-motorie adecvată se realizează prin: masaj cu blândeţe, gimnastică (gradată, progresiv, continuu, efectuând mişcări de extensie, flexie, abducţie, adducţie) joc (contribuie la dezvoltarea atenţiei, imaginaţiei, capacităţii intelectuale; se pot oferi după vârsta de 3 luni jucării viu colorate, din material plastic, lavabil), comunicare permanentă, anturaj plăcut – aprecierea gradului de nutriţie – elemente de referinţă: ţesutul adipos, turgor, tegumente şi mucoase – climatul familial – părinţii vor asigura un climat de afectivitate, protecţie, calm

– se va evita atitudinea hiperprotectoare, restrictivă sau de respingere care poate influenţa negativ dezvoltarea copilului

– călirea organismului
  – factorii utilizaţi: apă, aer, soare
  – se începe de la 2–3 luni
  – de preferat utilizarea mai multor factori o dată, în funcţie de vârstă; aplicaţi treptat şi progresiv

– imunizările active
  – contribuie la creşterea rezistenţei specifice a organismului faţă de infecţii
  – se fac după calendarul stabilit de MS
  – principalele vaccinări sunt: B.C.G., D.T.P., antipoliomielitică, antirujeolică, antigripală, antihepatitică

– prevenirea accidentelor
  – supraveghere atentă şi constantă de către adulţi
  – să se evite plasarea copilului pe scaun
  – să nu se ofere jucării din mai multe piese, din lemn sau metal, de dimensiuni foarte mici
  – să se măsoare temperatura apei de baie şi a alimentelor lichide
  – să se îndepărteze din preajma copilului obiecte ce ar putea fi introduse în gură şi apoi aspirate: nasturi, butoni, monede, ace
  – alimentarea să se facă corespunzător: cu răbdare, în poziţie adecvată, alimentele tăiate în bucăţi mici
  – să nu se plaseze pături şi perne în exces, în patul copilului
  – să nu se lase la îndemâna copiilor medicamente
  – să se ţină copilul în braţe cu ambele mâini
  – să se protejeze prizele electrice
  – să se îndepărteze obiectele tăioase, ascutite
  – în timpul somnului să se ridice barele laterale ale patului
  – în timpul transportului cu maşina să se imobilizeze copilul în hamuri.

DE REŢINUT: Cu ocazia vizitelor la domiciliul nounăscutului şi sugarului, asistenta trebuie:
  – să instruiască mama în vederea efectuării îngrijirilor necesare
  – să verifice înţelegerea informaţiilor
  – să motiveze importanţa acestor îngrijiri
  – să evalueze starea de sănătate a copilului, gradul de creştere, dezvoltare şi maturitate

ASPECTE ALE ÎNGRIJIRII COPILULUI SPITALIZAT

Pentru un copil spitalizarea şi boala sunt experienţe stresante deoarece este despărţit de mediul său obişnuit, de persoanele care-i sunt dragi şi din cauza alterării stării de sănătate.

Reacţia copilului la spitalizare şi boală depinde de vârstă, de experienţele anterioare într-un spital, de susţinerea de care poate beneficia, de capacităţile de adaptare şi gravitatea afecţiunii.

Culegerea datelor	– vârsta – dezvoltarea fizică – dezvollarea psihomotorie – reacţia la spitalizare – nelinişte –frică – plâns – agresivitate fizică şi verbală – antecedente medicale – se va aprecia gravitatea problemelor anterioare şi repercusiunile lor asupra obişnuinţelor şi posibilităţilor de creştere şi dezvoltare – spitalizări şi experienţe anterioare – reacţia la spitalizările anterioare – mod de adaptare – efectele spitalizării asupra comportamentului ulterior – susţinerea de care poate beneficia – în ce măsură familia poate vizita copilul, doreşte să o facă şi să participe la îngrijiri – manifestări ale afecţiunii prezente
Probleme	– potenţial de alterare a nutriţiei: deficit cauze: – refuz de a se alimenta – durere – reacţie la spitalzare – potanţial de infecţie cauze: – deficienţa sistemului imunitar – necunoaşterea măsurilor de protecţie împotriva agenţilor patogeni – potenţial de accidentare cauze: – mediu necunoscut – constrângeri fizice – deplasare nesigură – perturbarea somnului cauze: – mediu necunoscut –lipsa părinţilor

	–durere – intervenţii, tratamente –anxietate cauze: – mediu necunoscut – tratamente injectabile – despărţire de părinţi **DE PRECIZAT:** se vor numi şi probleme legate de afecţiunea pentru care a fost spitalizat
Obiective	Vizează: – asigurarea condiţiilor de mediu – diminuarea neliniştii – reducerea durerii fizice – diminuarea manifestărilor de dependenţă legate de boală – promovarea creşterii şi dezvoltării – prevenirea complicaţiilor – prevenirea accidentelor
Intervenţii	– asigurarea condiţiilor de mediu – microclimat corespunzător (temperatură, luminozitate, umiditate) – mediu securitar (plasarea patului la distanţă de surse de căldură, plasarea de bare laterale sau plase la paturi, îndepărtarea obiectivelor tăioase) – lenjerie de pat şi de corp curată – jucării în funcţie de vârstă – abordarea copilului cu calm, blândeţe, răbdare – asigurarea unui regim de viaţă echilibrat cu respectarea orelor de somn, baie, alimentaţie în funcţie de vârstă – pregătirea copilului pentru intervenţii şi tratamente – explicarea tehnicilor pe înţelesul copilului – va fi lăsat să manevreze anumite aparate şi instrumente (fără a exista pericolul deteriorării) şi să le utilizeze ca pe o jucărie – pe cât posibil se vor evita măsurilor de constrângere – va fi felicitat şi recompensat pentru comportamentul din timpul intervenţiei – permiterea punerii în practică a abilităţilor dobândite: mers, îmbrăcat, dezbrăcat, alimentat singur (în măsura permisă de boală şi sub supraveghere) – oferirea de activităţi de destindere utilizând materiale care pot fi aduse de părinţi: jocuri, căiţi, casete audio cu muzică sau poveşti, casete video cu desene animate – încurajarea comunicării cu ceilalţi copii din salon

	– asigurarea îngrijirilor igienice – îndrumarea şi supravegherea în cazul copiilor mari – efectuarea acestora în cazul copiilor mici – supravegherea copilului – măsurarea funcţiilor vitale şi vegetative – observarea tegumentelor şi mucoaselor – observarea stării generale – aprecierea comportamentului – recoltarea produselor biologice şi patologice – asigurarea alimentării copilului – verificarea alimentelor primite de la bucătăria dietetică (dacă corespund regimului şi dacă au temperatura corespunzătoare) – supraveghează alimentaţia celor care se autoservesc – alimentează sau ajută în alimentaţie copiii mici – se acordă timp suficient alimentării – se observă apetitul, cantitatea de alimente consumată şi apariţia unor simptome după alimentaţie (greaţă, vărsături, diaree) – aplicarea tratamentului prescris – aplicarea măsurilor de prevenire a infecţiilor nosocomiale – curăţenie, dezinfecţie, sterilizare, izolare – purtarea echipamentului de protecţie – interzicerea vizitelor persoanelor străine – respectarea circuitelor funcţionate – participarea la examinarea medicală a copilului – prevenirea accidentelor – nu se vor lăsa medicamente la îndemâna copiilor – se va verifica temperatura alimentelor şi lichidelor ce urmează a fi oferite – supraveghere atentă – trierea jucăriilor – educaţia mamei privind îngrijirile ulterioare la domiciliu.

Îngrijirea pacienţilor cu boli infecto-contagioase

NOŢIUNI DE EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologia studiază bolile cu răspândire mare în populaţie, studiază cauzele şi modul de răspândire ale acestora în mediul extern.

Iniţial, epidemiologia a fost aplicată numai la bolile infecţioase, dar astăzi conceptul de epidemiobgie se aplică şi la bolile neinfecţioase, cu largă răspândire în colectivitate.

În cadrul acestei teme ne vom referi numai la epidemiologia bolilor infecţioase.

În vorbirea curentă, noţiunea de boală infecţioasă aproape se suprapune celei de contagioasă, deoarece multe din bolile infectioase sunt contagioase, adică pot fi transmise, pe diverse căi, de la om la om sau de la animal la om (zoonoze). De aceea, în practică, adesea se vorbeşte de boli infecto-contagioase.

I. FACTORI EPIDEMIOLOGICI PRINCIPALI

Aşa cum s-a învăţat la materia de specialitate „Boli infecto-contagioase" sunt trei factori epidemiologici principali:

1. izvorul (sursa) de infecţie
2. căile de transmitere
3. masa receptivă

1. **Izvorul de infecţie** – îl constituie organismele vii (om, animale, artropode) în care pătrunde agentul patogen şi se multiplică, eliminându-se pe diferite căi.

Eliminarea agenţilor patogeni de la omul bolnav, convalescent, purtător cronic se face prin:

- secreţii nazofaringiene şi spută (în scarlatină, difterie, tuse convulsivă, rujeolă etc.)
- vărsături
- materii fecale (hepatite de tip A şi E; febră tifoidă, dizenterie etc.)
- urină (febră tifoidă etc.)
- secreţii genitale, lichid seminal (boli venerice, SIDA)
- sânge (hepatita virală B, C şi D, SIDA, malaria etc.)
- secreţii purulente (piodermite etc.)

Animalele potelimina germenii prin:

– dejecţii (salmonella)

– urină (leptospire)

– salivă

– lapte (B.K., unii streptococi şi stafilococi)

– sânge

– carne

– piele (etc.)

2. **Calea de transmitere** în bolile infecţioase este de două feluri:

a) directă şi b) indirectă

a) Transmiterea directă se poate produce prin contact nemijlocit între persoana receptivă şi eliminatorul de germeni sau prin contact direct cu produsul infecţios (infecţii produse prin sânge – SIDA, HBV).

b) Transmiterea indirectă se poate produce prin intermediul unor elemente din mediul extern (apă, aer, sol, alimente, obiecte etc.) sau prin agenţii vectori (muşte, gândaci, purici, păduchi, tânţari, căpuşe).

Calea de transmitere a fost folosită drept criteriu pentru clasificarea bolilor contagioase astfel:

– boli transmise prin contact direct

– boli aerogene

– boli digestive

– boli transmise prin vectori

3. **Masa receptivă**

Prin masă receptivă se înţelege totalitatea persoanelor dintr-o colectivitate care nu prezintă imunitate faţă de o anumită boală infecţioasă. O boală nu poate să apară decât la receptivi. Opusul receptivităţii este starea de rezistenţă faţă de îmbolnăvire. Această rezistenţă este naturală sau artificială (prin imunizări). Aceasta ne arată importanţa practică pe care o prezintă mijloacele de combatere a bolilor contagioase prin imunizarea populaţiei, adică modificarea artificială a stării imunologice.

Imunitatea organismului poate fi:

– imunitate congenitală (prin naştere)

– imunitate dobândită – care poate fi naturală (ca urmare a unei îmbolnăviri) sau artificială (creată prin vaccinare).

II. FACTORI EPIDEMIOLOGICI SECUNDARI

– factori naturali – meteoclimatici
– casnici
– geografici
– telurici

– factori economico-sociali (locuinţa, alimentaţia, condiţiile de muncă, rozătoarele, marile calamităţi, cultura sanitară).

III. FORMELE DE MANIFESTARE ALE PROCESELOR EPIDEMIOLOGICE

Sporadicitatea = apariţia unui număr redus de îmbolnăviri în populaţie.

Epidemia = izbucnirea aceleaşi boli la un număr mai mare de persoane dintr-o regiune şi care au, cel puţin la început, o sursă comună de infecţie. Boli cu mare contagiozitate: gripa, varicela, tusea convulsivă, hepatita, dizenteria etc.).

Endemia = acea situaţie particulară în care o boală se află în mod permanent în anumite teritorii (scarlatina, tusea convulsivă, hepatita)

Pandemia = boală infecţioasă care se extinde pe un teritoriu foarte mare (ţară, continent, toată lumea – de exemplu: gripa, holera).

După calea de transmitere epidemiile pot fi:
- hidrice (cu o creştere rapidă a numărului de cazuri)
- alimentare (cu izbucnire bruscă la totalitatea consumatorilor şi cu sfârşit, de asemenea, brusc)
- prin vectori
- de contact – apar, în general, sub formă de cazuri sporadice (de exemplu bolile transmise pe cale sexuală).

AGENŢII INFECŢIOŞI

Microorganismele patogene care produc boala infecţioasă sunt foarte numeroşi şi pot fi încadraţi în următoarele grupe:

Bacterii	*Coci:* stafilococi, streptococi, pneumococi, meningococi, gonococi *Bacili:* b. difteric, b. cărbunos (b. anthracis), Escherichia coli (colibacili), Shigella (b. dizenteric, salmonela (b. tific); Klebsiella, Proteus, b. piocianic, brucella, hemofili, Bordettela pertussis, Clostridium (b. tetanic, b. Botulinic). *Spirili:* leptospire, treponema (T. palidum) *Micobacterii:* b. Koch
Virusuri	*Virusuri ADN* – hepatilic, iujeolic, rabic, variolic, herpeto-virusuri, adenovirusuri (agenţi ai infecţiilor respiratorii), poliomielitic, coxsackie, v. gripal, HIV etc
Rickettsi	R. prowazekii; R. Quintana („febre exantematice": tifosul exantematic, febra Q, febra butonoasă)

Fungi (ciuperci)	Candida (albicans) Actinomyces Histoplasma Nocardia
Protozoare	Giardia lamblia Trichomonas vaginalis Plasmodium (malarie) Entamoeba histolitica (dizenteria amibiană) Trypanosoma (boala somnului) Toxoplasma (afectează țesuturile profunde)
Metazoare	Trichinela spiralis (trichineloza)
Micoplasme	M. pneumoniae (pneumonie atipică)
Chlamidii	Chlamidia Trachomatis (trahomul = conjunctivita granuloasă; limfogranulomatoza benignă = b. Nicolas-Favre)

APĂRAREA ORGANISMULUI FAȚĂ DE INFECȚII

Organismul se apără față de agenții infecțioși care îl înconjoară, prin diferite mijloace specifice și nespecifice.

Capacitatea normală a organismului de apărare față de infecții se numește: rezistența față de infecție. Această rezistență naturală poate fi întărită prin imunizarea activă (vaccinări) și imunizare pasivă (seruri, imunoglobuline).

Mijloacele nespecifice și specifice prin care se apără organismul sunt:

● *Bariera anatomică (tegumentele și mucoasele)*

Tegumentele și mucoasele constituie o barieră naturală față de agenții infecțioși prin:

- integritate anatomică
- acțiune de autosterilizare prin: căderea stratului celular superficial
- prin pH-ul acid al pielii (între 3 și 5)
- prin pH-ul acid al secrețiilor (aciditatea sucului gastric)
- prin pH-ul secreției vaginale
- prin pH-ul acid al urinii

Mucoasele se mai apără și prin prezența de:

- mucus
- cil
- lizozim – enzima conținută în lacrimi, cu acțiune bactericidă

● *Fagocitele circulante și fixe*

Fagocitele circulante și fagocitele fixe, tisulare, incorporează și distrug microorganismele patogene.

● *Sistemul complement*

Sistemul complement este compus dintr-un grup de 18 proteine (după date mai noi în număr de 25) existente în plasmă, în mod normal inactivate. În caz de activare a acestora prin anumiți factori umorali, se conferă sângelui o anumită putere bactericidă.

● *Limfokine (Cytokine)*

Limfokinele (Cytokinele) sunt produse polipeptidice sau mici proteine sintetizate în special de limfocite. Aceste cytokine fac parte din apărarea antiinfecțioasă (nespecifică). Din lista acestora face parte și interferonul care poate fi produs în mod natural în organism de celulele infectate cu virusuri (în special limfocite) sau prin acțiunea endotoxinelor bacteriene precum și prin acțiunea altor substanțe numite inductori de interferon.

Interferonii pot fi produși și in vitro.

● *Sistemul imun*

Un rol important în apărarea antiinfecțioasă îl are sistemul imun cu cele două componente ale lui reprezentate prin două tipuri de limfocite: limfocite B și limfocite T.

Limfocitele B = prin diferențierea limfocitelor B în celulele mature (plasmocite) secretă anticorpi, sub formă de imunoglobuline (Ig) asigurând **imunitatea umorală.**

Celulele mature (plasmocitele) sunt activate de variați factori (virusuri, antigene bacteriene etc.) și produc cinci tipuri de imunoglobuline : IgG; IgM; IgA; IgD; IgE.

Limfocitele T = asigură **imunitatea celulară**

Ca origine, ele provin (ca și limfocitele B) din măduva osoasă, după care, însă, ajung în timus unde se diferentiază și se specializează în anumite activități cu funcții de: rol imunoreglator, rol citotoxic.

Limfocitele cu rol imunoreglator se împart în mai multe tipuri: limfocite T_4, T_8, limfocite T citotoxice etc., celule ucigașe (limfocite T Killer).

Limfocitele T_4

Rolul acestora este de a stimula limfocitele B în formarea de anticorpi. Prin distrugerea limfocitelor T_4 – în cazul infectării lor cu virusul imunodeficienței umane (HIV) – se produce imunodepresie profundă (foarte pronunțată în SIDA).

Limfocitele T_8

Acestea asigură homeostazia sistemului imun.

DIAGNOSTICUL BOLILOR INFECȚIOASE

Stabilirea diagnosticului în patologie, se bazează pe trei grupe principale de date:

1. epidemiologice
2. clinice (manifestări de dependență)
3. de laborator

1. DATE EPIDEMIOLOGICE

Ancheta epidemiologică	Ancheta epidemiologică trebuie să stabilească: ● *izvorul de infecţii*. Se pun întrebări: – dacă au existat cazuri de îmbolnăviri în ultima vreme şi ce anume – dacă a vizitat sau a primit vizita unor persoane bolnave – dacă a făcut deplasări – dacă la locuinţa sa există animale: câini, pisici, rozătoare, porci ● *calea de transmitere* – dacă a consumat vreun aliment în comun cu alte persoane şi acelea au prezentat semne de boală – dacă a fost în contact direct cu vreun bolnav cu leziuni ale pielii – dacă a manipulat obiecte care ar fi putut fi contaminate (lână, piei de animal bolnav) – dacă a observat prezenţa unor muşte – dacă a făcut tratament parenteral în ultimele 6 luni (pentru hepatita virală B) ● *starea imunologică* – dacă a mai suferit de boli infecţioase (de care şi când) – dacă a făcut vaccinări (pentru ce boli şi când) DE REŢINUT: Se vor avea în vedere şi factorii epidemiologici secundari: vârsta, profesiunea, condiţile de muncă, starea locuinţei etc., precum şi factorii climatici (situaţia geografică, sezonul).

2. DATE CLINICE

Manifestări de dependenţă
(Semne şi simptome în bolile infecţioase)

Bolile infecţioase – în afară de faptul că sunt uşor transmisibile de la un individ la altul, se caracterizează şi prin faptul că au o evoluţie clinică ciclică, în mare, asemănătoare.

Această evoluţie clinică cuprinde mai multe perioade distincte:

– *perioada de incubaţie* = intervalul de timp din momentul pătrunderii microbului în organism şi până la apariţia primelor simptome.

– *perioada de debut* = apar primele semne de boală

– *perioada de stare* = desfăşurare a întregii simptomatologii a bolii

– *perioada de convalescenţă* = regresiunea simptomelor; perioada de vindecare a organismului.

DE REŢINUT:

În perioada de stare toate manifestările de dependentă ajung la apogeu, *fiind prezente:*

- unele simptome infecţioase generale
- unele simptome caracteristice unor boli sau grupe de boli

Vom putea întâlni în această fază următoarele sindroame:

Sindromul febril	Apar curbe termice caracteristice unor boli infecţioase, astfel există: a. *Febra continuă* – temperatura este ridicată 39°-40° C, cu mici variaţii între dimineaţă şi seară, de 0,5°–1° C (febra tifoidă, tifos exantematic, pneumonie etc.) b. *Febra remitentă* – caracterizată prin oscilaţii febrile mai mari între 37° şi 39° C, fără ca temperatura minimă să scadă sub 37° C (infecţii supurative – stafilococii, streptococii) c. *Febra intermitentă* – cu oscilaţii foarte mari ale temperaturii 36,5°–40° C survenind zilnic sau cu perioade afebrile de una-două zile între accesele febrile (malarie, septicemii etc.). În acest tip de febră, temperatura minimă atinge valorile normale. d. *Febra recurentă* – avem perioade febrile cu temperatură continuă (39°–40° C) de patru-şase zile intercalate de perioade afebrile de aceeaşi durată. e. *Febra ondulantă* – perioade febrile în care temperatura urcă încet şi se menţine în platou – 38°–39° C – timp de 7–10 zile, scade în liză şi după o perioadă afebrilă, unda febrilă se repetă (bruceloza). f. *Febra de tip invers* – temperatura minimă se înregistrează seara, iar temperatura maximă dimineaţa (tuberculoza pulmonară) **PRECIZARE:** ● În cadrul sindromului febril (unde febra este simptomul principal) apar şi alte tulburări (manifestări de dependenţă): ● Astenie, inapetenţă, greaţă, cefalee, ameţeli, herpes labial, convulsii (frecvent la copii), delir ● Tulburări – ale metabolismului – ale aparatului cardiovascular, renal, respirator – ale funcţiilor secretorii şi excretorii ● În timpul sindromului febril se produce o creştere exagerată a proceselor de ardere cu nevoie crescută de oxigen şi o creştere a eliminării de bioxid de carbon, ceea ce explică polipneea.

	● Perturbarea metabolismului hidroelectrolitic – duce la: – *deshidratare* – *tulburări în echilibrul acidobazic* (acidoza metabolică) ● Paralel cu creşterea temperaturii – se produce o *tahicardie*. Există unele boli unde nu există această concordanţă ci se constată o bradicardie relativă (ex. febra tifoidă).
Sindromul infecţios şi meningian	– febra înaltă 39°–40° C; frisoane – vărsături – cefalee – hiperestezie cutanată – fotofobie Caracteristic pentru sindromul meningian sunt semnele de contractură musculară: – rigiditatea cefei (rezistentă la încercarea de flectare a capului) – uneori – opistotonus – atitudine de „cocoş de puşcă" – semnul Kernig (incapacitatea pacientului de a întinde picioarele complet; flexia trunchiului duce la flexia reflexă a genunchilor) – semnul Brudzinscki (flectarea capului duce la flexia reflexă a genunchilor)
Sindromul encefalitic	– semne de infecţie generală cu: febră mare 39°–40° C, frisonete, ameţeli, vertij, curbatură – semne corticale: agitaţie, delir, halucinaţii, somnolenţă profundă, deseori stări convulsive, stare semicomatoasă sau comatoasă
Sindromul eruptiv	Manifestări cutanate (exantem): – macule, papule, vezicule, pustule, bule, peteşii hemoragice, icter etc. Mai întâlnim leziuni secundare: scuame, cruste, ulceraţii, cicatrici, pigmentaţii. Alte manifestări: masca Filatov (în scarlatină), facies plângăreţ (în rujeolă), masca hepatică etc. Modificări la nivelul mucoaselor (enantemul bucofaringian etc.) Se observă: – modul de distribuţie a erupţiei (generalizată, dar respectând anumite regiuni) – dinamica erupţiei (cum şi unde apare? dacă lasă urme?)
Sindromul gastro-intestinal	Tulburări de tranzit intestinal: – vărsături – diaree (apoasă, mucoasă, muco-sanguinolentă etc.) – tenesme

Alte manifestări de dependenţă	Într-un grup important de boli (scarlatină, difterie etc.): ● *angine de diferite aspecte* În alte boli (gripă, rujeolă etc.): ● *fenomene catarale ale căilor respiratorii superioare*
Semne din partea aparatului circulator	Poate apărea: ● *colapsul periferic:* – prin pierderi de apă (vărsături, diaree, transpiraţii) – prin pierderi masive de sânge (septicemii post-partum sau post-abortum) – prin acţiunea toxică asupra sistemului nervos central a diferitelor substanţe medicamentoase – prin acţiunea unor toxine microbiene (toxiinfecţii alimentare, dizenterii etc.) ● *simptomele colapsului periferic:* – hipotensiune, hipotermie, tegumente palide – galben pământiu, cianoza extremităţilor, puls foarte accelerat **DE REŢINUT:** Complicaţia severă şi frecventă a bolilor infecţioase este *şocul infecţios*. Acesta se poate produce prin acţiunea directă a microbilor şi/sau a toxinelor microbiene. Ca urmare a unui act terapeutic poate să apară şocul transfuzional sau anafilactic.

3. DATE DE LABORATOR

Examenul bacteriologic	Punerea în evidenţă a *agentului cauzal* se face din diferite produse: – din sânge, umori – din produse patologice: secreţii (spută, secreţie faringiană, secreţie uretrală etc.), în exsudate (pleural, articular), în puroi – din produsele de eliminare ale organismului: fecale, urină, vomismente etc.
frotiu	Agentul cauzal poate fi pus în evidenţă prin trei procedee: – examen direct la microscop prin *frotiu* din materialul recoltat
culturi	– *culturi* – însămânţarea produsului pe mediul de cultură: hemocultură, urocultură, coprocultură, bilicultură, medulocultură (măduvă osoasă) etc.
inoculare	– *inocularea* la animale. Când agentul patogen nu poate fi identificat nici prin frotiu, nici prin culturi, se recurge la inocularea animalelor de laborator: şoareci, şobolani, cobai, iepuri etc.

	Analiza simptomelor prezentate de animal, a leziunilor anatomopatologice constatate la necropsie precum şi izolarea microbului din viscerele lui permit precizarea diagnosticului.
Examenul serologic (reacţii de imunitate)	Punerea în evidenţă a *anticorpilor* specifici din serul bolnavului se face prin: – reacţii de aglutinare (Widal în febra tifoidă, Weil Felix în tifosul exantematic) – reacţii de precipitare – reacţii de neutralizare, hemaglutinare (r. Hirst în viroze) – reacţii de fixare a complementului (sifilis) etc. Metode imunoenzimatice: ELISA şi RIA.
Alte reacţii de imunitate	Alături de metodele serologice anticorpii pot fi puşi în evidenţă şi din diferite umori (LCR, lichid pleural, lichid articular etc.) şi chiar în urină, fecale şi piele. **Reacţiile cutanate** **Reacţia Schick** se utilizează pentru determinarea receptivităţii faţă de difterie. Tehnica: – se injectează în grosimea pielii de pe suprafaţa anterioară a antebraţului drept 0,2 ml toxină difterică. Se face cu martor la antebraţul opus 0,2 ml toxină difterică inactivată. Rezultatul se citeşte după 48 ore. Dacă persoana este imună faţă de toxina difterică atunci anticorpii antidifterici din organismul lui vor neutraliza toxina injectată în piele şi în acest caz nu se va produce nici o manifestare locală. Reactia este negativă. Dacă în locul inoculării toxinei se produce o congestie locală cu edem cu un diametru de 20 mm – reactia este pozitivă. Aceasta indică receptivitatea organismului faţă de difterie. **Reacţia Dick** se utilizează pentru determinarea receptivităţii faţă de scarlatină. Ca antigen se utilizează 0,2 ml toxină de streptococ scarlatinos. Se face cu martor la antebraţul opus. Rezultatul se citeşte după 18 ore. Reacţie pozitivă = un eritem sau un infiltrat cu un diametru de cel puţin 1 cm. **Reacţia Schultz-Charlton** se utilizează pentru diagnosticarea scarlatinei. Această reacţie utilizează anticorpi în loc de antigen. Se injectează 0,2 ml ser antiscarlatinos, antitoxic, strict intradermic – într-o regiune unde exantemul scarlatinos este mai accentuat.

	Împrejurul injecției, antitoxinele, neutralizând toxina streptococică, exantemul se va stinge. **Intradermoreacția Mantoux**, pentru diagnosticul tuberculozei se execută cu tuberculină purificată PPD. Se dezinfectează tegumentul în treimea mijlocie a feței anterioare a antebrațului. Din tuberculină doza I se injectează intradermic 0,1 ml până la apariția unui edem „coajă de portocală" cu diametrul de 5 mm care persistă cca 10 minute. Se citește la 72 ore. Reacție pozitivă = eritem infiltrat de minimum 5–10 mm. Ea indică o hipersensibilitate față de toxina bacilului tuberculozei aflat în organism. Dacă rezultatul este dubios sau negativ se va repeta cu doza a II-a la 15 zile.
Analize complementare	Examene curente: – hemoleucograma, VSH, glicemie, ureea sanguină, examenul urinei, examenul LCR, probe funcționale hepatice, examenul radiologic, ex. electrocardiografic, ex. coprologic **DE REȚINUT:** – În numeroase infecții se produce o creștere a numărului leucocitelor. Există, însă, o serie de boli infecțioase care se caracterizează prin leucopenie: *febra tifoidă, în viroze* (la începutul bolii). – Creșterea eozinofilelor – semn frecvent în *scarlatină*. Absența lor are o valoare diagnostică în *febra tifoidă*. – Prezența plasmocitelor – semn caracteristic pentru *rubeolă*. – Limfocitoza foarte ridicată – caracteristică în *tusea convulsivă*. – VSH-ul crește în: septicemii, în boli cu etiologie bacteriană (pneumonie, meningită cerebrospinală epidemică), în timp ce, în alte boli VSH-ul este scăzut: gripă, hepatita epidemică, parotidita epidemică etc. – LCR este clar în meningitele virotice și este purulent în cele bacteriene.

RECOLTAREA PRODUSELOR BIOLOGICE ȘI PATOLOGICE

Ce trebuie să știm înainte de recoltare?

– să informăm pacientul:
- ce se recoltează?
- de unde? (adică în ce loc se află agentul microbian)
- de ce?
- cum se recoltează?
- când?
- când parvine rezultatul?

– să respectăm măsurile de asepsie
– să respectăm regulile generale şi particulare pentru fiecare analiză
– să recoltăm înainte de introducerea tratamentului cu antibiotice
– să respectăm regulile de protecţie a pacienţilor (prevenirea infecţiilor nozocomiale)
– să respectăm măsurile de autoprotecţie:
  – echipament de protecţie (inclusiv mască)
  – spălarea pe mâini înainte şi după recoltarea produselor
  – să nu ne aşezăm pe patul pacientului
  – să nu fumăm (ducerea la gură a ţigărilor măreşte transmiterea bolilor digestive)
  – să îmbrăcăm mănuşi de protecţie înainte de ● *a puncţiona vena* ● *a administra injecţii* ● a *pansa leziuni supurate* ● a *face toaleta intimă a pacientului etc.*
  – să punem acele şi seringile utilizate într-un container special, închis
  – să asigurăm transportul corect al produselor recoltate.

NOTĂ:
Tehnicile de recoltare a produselor biologice şi patologice sunt descrise detaliat în T.E.I. – Lucreţia Titircă.
Facem doar câteva precizări (completări):
– temperatura optimă de transport:
– pentru meningococul din LCR – 37°C
– pentru virusuri – în condiţii de congelare în termosuri sau lăzi izoterme cu gheaţă
– recipientele în care se recoltează produsele pentru examinări bacteriologice vor fi sterile dar nu vor fi dezinfectate cu soluţii antiseptice (clorură de var, cloramină etc.) pentru că ar putea inhiba dezvoltarea microbilor în culturi.
– recoltarea scaunului, când suspectăm o dizenterie, se face neapărat din părţile sanguinolente sau cu mucus. Însămânţarea se face la patul pacientului.
– când se controlează starea de purtător de Salmonella (la foşti bolnavi de febră tifoidă) recoltarea materiilor fecale se face după ce, în prealabil, s-a administrat persoanei un purgativ salin. Se recoltează trei probe consecutiv.

PROFILAXIA ŞI COMBATEREA BOLILOR INFECTO-CONTAGIOASE

Profilaxia şi combaterea bolilor infecto-contagioase cuprinde totalitatea măsurilor preventive şi combative care trebuie aplicate asupra celor trei factori epidemiologici principali:
1. Măsuri faţă de sursele de infecţie
2. Măsuri faţă de căile de transmitere
3. Măsuri faţă de masa receptivă

1. MĂSURI PREVENTIVE FAŢĂ DE SURSA DE INFECŢIE

Măsurile faţă de sursa de infecţie reprezintă totalitatea măsurilor luate faţă de toate persoanelle care ar putea să transmită boala infecto-contagioasă (bolnavi, purtători, suspecţi, contacti) precum şi măsurile luate faţă de animale.

Măsuri faţă de persoane	– depistarea şi înregistrarea tuturor surselor de infecţie (prin examinări periodice, prin triaj epidemiologic) – instruirea persoanelor (educaţie pentru sănătate) – izolarea şi tratarea bolnavilor, contactaţilor, suspecţilor, în funcţie de boală şi posibilităţile de izolare la domiciliu. Toţi purtătorii cu infecţii aerogene vor fi scoşi din colectivităţile de copii. Purtătorii digestivi – dacă nu se obţine sterilizarea lor – vor fi scoşi din orice fel de funcţie unde se cere manipularea de alimente. Pentru contacţii direcţi – carantină – izolarea contactului pe perioada maximă de incubaţie a bolii. Carantina nu este obligatorie pentru toate bolile infecto-contagioase. În unele cazuri contacţii pot fi protejaţi prin administrare de medicamente, antimicrobiene, antivirale prin seroprofilaxie, γ-globuline, vaccinare. – anihilarea surselor de infecţii (se pot steriliza purtătorii de streptococ betahemolitic, de bacili difterici, de meningococ). În funcţie de tipul infecţiei se vor folosi metode de dezinfecţie a bolnavului (de exemplu pentru infecţiile aerogene: dezinfecţie nazofaringiană; gargarisme (spălături faringiene cu ceai de muşeţel). – controlul medical al personalului din sectorul alimentar, din colectivităţile de copii, din sectorul de igienă comunală.
Măsuri faţă de animate	Faţă de sursele de infecţie reprezentate de animale, principalele măsuri sunt luate de medicii veterinari în colaborare cu medicii umani. În cazul animalelor, atitudinea faţă de sursa de infecţie este diferită de la un caz la altul: – rozătoarele vor fi distruse – în cazul celorlalte animale, se procedează de la caz la caz: vaccinare, deparazitare sau sacrificarea animalului (în caz de turbare).

2. MĂSURI FAŢĂ DE CĂILE DE TRANSMITERE

Întreruperea, blocarea permanentă a căilor de transmitere a infecţiilor se realizează prin:

– melode de dezinfecţie mecanică (spălare, aspirare mecanică a prafului, filtrare, ultrasunete)

– metode fizice şi chimice de dezinfecţie şi sterilizare (căldură, antiseptice sau soluţii dezinfectante) vezi tabelul nr. 1.
– prin dezinsecţie şi deratizare.
Pentru bolile infecţioase transmise pe cale directă (prin contact direct) nu există măsuri specifice. Măsurile se rezumă la:

– evitarea contactului – fie cu bolnavul, fie cu produsul infecţios

– măsuri mecanice de dezinfecţie imediată (spălarea cu apă şi săpun), aplicări locale de dezinfectante, cauterizări (muşcături de animal turbat), excizii chirurgicale (tetanos), aplicări locale sau generale de antibiotice.

Pentru bolile transmise pe cale **indirectă**, măsurile luate vor fi în funcţie de fiecare cale. Astfel:

Măsuri faţă de calea: **–aerogenă**	Măsuri ce pot să fie aplicate faţă de calea aerogenă: ● *aerisirea repetată (în vederea reducerii microbilor)* ● *metode de dezinfecţie a aerului:* – expunere la soare şi lumină – raze ultraviolete – aerosoli cu diferite substanţe bactericide – dezinfecţii periodice cu vapori de formol – măsuri de împiedicare a ridicării prafului în aer (folosirea aspiratoarelor sau a măturatului umed) – împiedicarea contaminării aerului prin picăturile lui Pflugge (controlul tusei, strănutului etc.) – spălarea pardoselii, pereţilor şi mobilierului cu substanţe dezinfectante (vezi tabelul nr. 1) – măsuri de antisepsie faringiană – evitarea (în spital) a aglomerării de paturi şi de bolnavi – respectarea circuitelor funcţionale (septice şi aseptice)
– digestivă	Măsuri faţă de calea digestivă: Sunt indispensabile următoarele măsuri: – igiena personală – în special spălarea mâinilor (germenii patogeni sunt transmişi de la mâinile infectate la gură) – evitarea contaminării apei (fântâni igienice izolate; conductele de apă potabilă să nu aibă spărturi) – protecţia şi dezinfecţia apei, canalizare corespunzătoare – interzicerea folosirii apei de râu – controlul bacteriologic (coproculturi) periodic la personalul care lucrează la instalaţiile centrale de apă, în industrie sau în comerţul alimentar, în instituţiile de copii etc. – în caz de epidemii, se va bea numai apă fiartă şi răcită. Apa folosită la spălatul alimentelor va fi, de asemenea, fiartă şi răcită – colectarea şi îndepărtarea corectă şi igienică a resturilor alimentare, a excretelor etc.

Tabelul nr. 1

UTILIZAREA SOLUȚIILOR DEZINFECTANTE

(Vezi și dezinfecția – Ghid de Nursing pag. 290-292)

Soluția „MAMĂ" = 2,5% CLOR ACTIV
1 Kg VAR CLOROS-pulbere + 9 l APĂ

Concentrații de lucru:

Conc. soluției	MODUL DE PREPARARE	Clor activ
4 %	4 l din sol. „MAMĂ" + APĂ până la 10 l	1 %
2 %	2 l din sol. „MAMĂ" + APĂ până la 10 l	0,5 %
1 %	1 l din sol. „MAMĂ" + APĂ până la 10 l	0,25%
0,5%	0,5 l din sol. „MAMĂ" + APĂ până la 10 l	0,125 %

NR. CRT.	OBIECTIV	SOLUȚIE%	CLOR ACTIV	METODA DE APLICARE
1.	Grupuri sanitare. WC-uri, găleți pentru curățenie, pubele P.V.C., sifoane de pardoseală	Var cloros 4% Cloramină 4%	1%	ștergere spălare
	Ploști, olițe, urinare Recipiente pentru colectarea produselor patologice			submerjare 2 ore
2.	Pavimente	Hidrod 2% Var cloros 2% Cloramină 2%	0,5%	100 ml/m² 80-100 ml/m²
	Pereți faianță, uși, ferestre, mobilier Perii, mături, cârpe de spălat, T-uri, Șorțuri de cauciuc și plastic	Var cloros 2% Cloramină 2%		ștergere spălare 40 ml/m²
3.	Lenjerie murdară cu produse patologice Lenjerie de la bolnavii contagioși Echipament de protecție și lucru	Var cloros 1% Cloramină 1%	0,25%	înmuiere 1–2 ore (4 l soluție/1 kg lenjerie)
	Mușamale și colaci din cauciuc	Cloramină 1%		ștergere spălare
4.	Veselă din sticlă și porțelan Ustensile și vase de bucătărie	Cloramină 0,5%	0,125 %	submerjare 30 minute
	Termometre Tegumente	Cloramină 0,5%		submerjare 12 ore
5.	Tacâmuri	Carbonat de sodiu	1–2%	fierbere 30 minute

* Pulberea de var cloros și cloramina se păstrează în vase acoperite.
* Soluțiile se păstrează și se prepară zilnic.
* Se folosește supernatantul.

	– dezinsecție prin metodele obișnuite și prin folosirea insecticidelor – stropirea cu soluții organoclorurate și organofosforice de tipul D.T.T.-ului sau hexacloranului a pereților, closetelor, bucătăriilor, lăzilor de gunoi precum și orice loc unde se adună mușteie
– vectori	Măsuri latâ de bolile transmise prin vectori ● *Distrugerea vectorilor* (muște, gândaci de bucătărie, ploșnițe, țânțari, păduchi, căpușe) și a rozătoarelor prin dezinsecție, deparazitare și deratizare. Se utilizează: – insecticide de contact cu efect imediat, insecticide cu acțiune remanentă (săptămâni, luni). Cele mai cunoscute sunt: organofosforice, carbamații (insecticide de șoc = Baygon) – raticide (pentru distrugerea rozătoarelor) și măsuri de combatere prin mijloace mecanice (curse și capcane) Măsuri igienico-sanitare (igiena personală, a locuințelor, igiena alimentară etc.) pentru suprimarea condițiilor favorabile de dezvoltare a vectorilor.

3. MĂSURI PENTRU PROTECȚIA MASEI RECEPTIVE

Măsurile au drept obiectiv principal creșterea rezistenței organismului, care poate fi obținută prin:

1. Profilaxia specifică
2. Profilaxia nespecifică – Chimioprofilaxia.

1. Profilaxia specifică

Cuprinde:

a. Imunizarea activă (vaccinoprofilaxia)
b. Imunizarea pasivă (seruri, imunoglobutirie).

A. IMUNIZAREA ACTIVĂ (VACCINOPROFILAXIA)

Vaccinurile sunt produse biologice preparate din agenți microbieni (ricketțsi sau virusuri atenuate, inactive sau omorâte sau din produsele lor (din toxinele lor) care și-au păstrat puterea imunizantă.

În mod curent, se obișnuiește a se denumi *vaccinuri propriu-zise* atât produsele imunizante microbiene, cât și produsele imunizante rezultate din toxinele lor (anatoxinele).

Vaccinurile sunt utilizate pentru provocarea unei imunități *active* artificiale față de anumite infecții. Acestea, introduse în organism, produc *anticorpi specifici* care împiedică atacul germenilor sau al toxinelor acestora asupra urganismului. Există vaccinuri monovalente și asociate (bivaccin = difiero-tetanic, trivaccin = difiero-tetanic-pertusis).

Vaccinurile se păstrează în frigider (4°–8° C).

Vaccinoprotilaxia constituie cea mai valoroasă metodă de profilaxie a bolilor infecţioase. În ţara noastră sunt obligatorii următoarele vaccinări preventive:

– BCG (Calmette-Guerin) – antituberculoasă
– antipoliomielitic
– antidifteric
– antipertusis
– antirujeolice
– contra HBV.

În fiecare ţară se elaborează un program naţional de vaccinare. Acest program nu este imuabil, ci se modifică în timp, în funcţie de situaţiile epidemiologice.

PRECIZARE:
O parte a imunizărilor active sunt interzise la gravide (risc de avort sau malformaţii congenitale). Sunt o serie de imunizări permise şi la gravide, în situaţii deosebite, ca: vaccinarea antirabică; vaccinarea antipoliomielitică; antigripală cu virus inactivat. La fel, imunizarea antitetanică este bine supoitată şi e chiar indicată la gravidele nevaccinate. Se face cu vaccinuri inactivate şi cu anatoxină tetanică purificată şi adsorbită (ATPA) pentru eventuala prevenire a unui tetanos neonatal.

Astăzi, se aplică vaccinările asociate:

– DI-TE-PER (diftero-tetano-pertusis)
– rujeolic + urlian + rubeolic
– DI-TE-PER + Poliomielitic oral (VPO)
– DI-TE-PER + vaccin poliomielitic inactivat (în aceeaşi seringă)
– DI-TE-PER + poliomielitic + rujeolic.

Sau introdus, de asemenea, vaccinuri noi:

– antihepatitic B; vaccinul herpetic şi altele.

Calea de administrare a vaccinurilor	● *intradermic* – BCG – în zona deltoidiană a braţului drept ● *subcutanat* (faţa externă a braţului, ţesut celular al flancurilor abdominale) – antitetanic – antirabic – antidifteric – antitifoparatific – antirujeolic ● *intramuscular* (în regiunea latero-externă a coapsei) – anatoxinele purificate şi adsorbite (ADPA – anatoxina difterică purificată şi adsorbită) (ATPA – anatoxina tetanică purificată şi adsorbită) – trivaccinul = Di-Te-Per – bivaccinul = Di-Te

	● *oral* – antidizenteric – antipoliomielitic (VPO) – BCG ● *intranazal* – antigripal (există şi vaccin antigripal inactivat, care se administrează injectabil)

DE REŢINUT:

● Imunitatea activă obţinută prin vaccinare este de durată

● Vaccinurile şi anatoxinele sunt utilizate în primul rând cu scop profilactic; totuşi, unele pot fi aplicate şi cu scop curativ (difterie, tetanos, bruceloză, stafilococii, febră tifoidă)

● Se vor utiliza numai vaccinuri cu valabilitate, neexpirate

● Vaccinurile injectabile vor fi manipulate în condiţii de asepsie perfectă (încărcarea seringii la flacără, etc.)

● Se vor respecta dozele şi intervalele dintre inoculări; dozele mai mici determină imunitate slabă; dozele mai mari pot declanşa reacţii postvaccinare intense.

● Se va face tatonarea gradului de toleranţă faţă de vaccinuri prin administrare, în prealabil a unei doze de 0,1 ml în diluţie de 1/100 (în cazurile în care se poate aştepta o toleranţă mai accentuată).

● Prevenirea complicaţiilor se va face prin respectarea contraindicaţiilor care trebuie cunoscute de către asistenta medicală.

Sarcinile asistentelor medicale din dispensare:

– cuprinderea integrală în catagrafie a tuturor copiilor programaţi pentru imunizare, conform calendarului stabilit
– cunoaşterea populaţiei infantile, mai ales din cartierele noi
– cuprinderea subiecţilor amânaţi, contraindicaţi temporar, omişi din campania anterioară, cei fiotanţi în teritoriu
– asigurarea vaccinării integrale a copiilor din creşe, grădiniţe, leagăne
– vor fi admişi în colectivităţi numai copiii vaccinaţi conform calendarului
– respectarea cu stricteţe a instrucţiunilor MS privind administrarea vaccinurilor
– înregistrarea tuturor vaccinaţilor în registrul de vaccinare
– asigurarea condiţiilor optime de transport şi conservare a vaccinurilor (+ 4°C ÷ + 8°C).

B. IMUNIZAREA PASIVĂ

Imunoprofilaxia pasivă se realizează prin: **administrare de seruri sau imunoglobuline** care conţin anticorpi specifici gata formaţi.

Imunitatea pasivă conferă o protecţie imediată, dar de scurtă durată.

ADMINISTRAREA SERURILOR

Serurile imune sunt de două feluri:

1. omologe – se obţin de la om (convalescenţi sau de la persoane imunizate activ prin vaccinare).

Serurile omologe nu mai sunt folosite azi sub această formă din cauza pericolului de transmitere a unor infecţii virale – HIV, virusurilor hepatitice – ci sunt folosite sub formă de imunoglobuline (gammaglobuline) specifice.

2. heterologe – se obtin de la animale (cal, iepure, oaie) imunizate activ cu diferite vaccinuri sau anatoxine.

Serurile heterologe au marele dezavantaj prin faptul că pot produce o stare de *sensibilizare a organismului* (reacţii alergice) din cauza proteinelor străine *pe care le conţin sau chiar şoc anafilactic* (vezi şoc anafilactic – Urgenţe medico chirurgicale – Lucreţia Titircă).

În prezent, acest dezavantaj este redus prin livrarea de seruri purificate şi concentrate (antitetanic, antidifteric, antibotulinic, antivenin de viperă, ser antirabic).

Serurile se păstrează la întuneric şi la temperatura de 4°–10° C. Se va evita îngheţarea lor. Se utilizează şi seruri uscate (liofilizate).

Compoziţia serurilor	După anticorpii pe care îi conţin, serurile eterologe se împart în: – seruri antitoxice (antidifteric, antitetanic, antibotulinic, antistafilococic etc.) – seruri antimicrobiene (antimeningococic polivalent; anticarbunos; antipiocianic polivalent) – seruri mixte – cu acţiune antimicrobiană şi antitoxică; azi, nu mai este folosit – seruri antivirale (antirabic).
Indicaţii	Serurile pot fi utilizate în scop: – curativ (seroterapie) în difterie, tetanos, botulism, muşcături de şarpe veninos, gangrenă gazoasă etc. – profilactic (seroprofilaxie) în plăgi rabigene, plăgi tetanigene (la persoanele nevaccinate).
Calea de administrare	Administrarea serurilor se face: – pe cale *intravenoasă* – realizează efecte imediate de neutralizare a toxinelor; se utilizează aproape în toate cazurile în care serul este administrat în scop curativ – pe cale *intramusculară* – se utilizează atunci când serul este administrat în scop profilactic; în scop curativ, se utilizează în unele forme uşoare de boală, precum şi în cazurile cunoscute de hipersensibilizare a unor persoane.

	DE RETINUT: Serul se administrează intramuscular în regiunea coapsei sau în mușchiul delloidian și niciodată în regiunea fesieră. Serurile omologe nu dau reacții serice decât în mod excepțional reacții ușoare, de tip urticarian. **ATENȚIE!** Nu se recurge niciodată, în scop terapeutic, la *calea subcutanată*.
Reacții serice	Proteinele străine din serul eterolog, introduse în organism, se comportă ca alergene (antigene) producând fenomene de sensibilizare, astfel: – reacții imediate – șocul anafilactic – reacții tardive – boala serului. Reacțiile serice pot apărea la persoanele hipersensibilizate chiar și la administrarea unei cantități foarte mici de ser. Astfel *șocul anafilactic* poate apărea chiar după administrarea a 0,1 ml dintr-un ser diluat 1/100. Deși reacțiile serice survin indiferent de calea parenterală de administrare, totuși, calea intravenoasă se însoțește de reacții mai grave. **NOTĂ:** Deoarece **șocul anafilactic** este descris în *Urgențe medico-chirurgicale* – Lucreția Titircă, vom aminti doar pe scurt despre boala serului. **Boala serului** apare după o incubație de 6–12 zile de la injectarea serului și poate să apară la orice persoană, fără să fi avut o stare de sensibilizare anterioară. Se manifestă prin eritem, prurit, febră, erupție cutanată, limfoadenopatie, uneori edeme localizate la față, pleoape, mâini și picioare. Cel mai periculos este edemul glotic – care necesită măsuri de urgență. Unii bolnavi prezintă artralgii, manifestări nervoase (nevrite). Tratamentul: – regim alimentar (fructe, zarzavaturi, dulciuri, lactate), fără carne – tratament medicamentos: antitermice, analgezice, antihistaminice (Nillan, Feniramin, Tavegyl, Romergan). Pentru evitarea acestor reacții, redăm mai jos principii de administrare ale serului.

Principii de administrare	*Se efectuează la indicaţia medicului* Principii: ● *culegerea de date:* – pentru recunoaşterea unei eventuale stări de sensibilizare (urticarie, astm, eczemă, alergie alimentară etc.): se întreabă pacientul dacă i s-a administrat vreodată ser heterolog – înainte de administrare, este obligatoriu să se pregătească trusa de urgenţă antişoc (Adrenalină, Hidrocortizon hemisuccinat, Romergan etc.) şi instrumentar necesar (seringi, perfuzoare, soluţii glucozate şi clorurate, garou etc.) – respectarea celor mai severe reguli de asepsie şi antisepsie: seringi, ace de unică folosinţă; folosirea lămpii de spirt (flambarea) la deschiderea fiolei; dezinfecţia tegumentului cu alcool iodat 1%.
Testarea sensibilităţii la ser	Se face *obligatoriu* la toţi pacienţii. Sunt mai multe metode: ● *Testul conjunctival* –se depune pe conjunctiva oculară o picătură din serul (care se va injecta) diluat 1/100 în soluţii de NaCl. În caz de sensibilizare – după 30 de minute apare hiperemie (congestie), lăcrimare. Testul nu se aplică la copii. ● *Testul cutanat* –după scarificarea tegumentului, se depune o picătură de ser diluat 1/100. După 30 de minute, în caz de sensibilizare, apare o hiperemie intensă. ● *Testul intradermic* (cel mai sigur) – se injectează intradermic 0.1 ml ser diluat 1/100 sau chiar 1/1000 (dacă se suspectează o hipersensibilizare); după 20-30 de minute, în caz de sensibilizare, apare un eritem cu diametrul de 5–10 mm, eventual, apare şi edem.
Schema minimală pentru desensibilizare	În cazul în care testele sunt negative – iar pacientului nu i-a fost niciodată injectat ser heterolog, se va aplica schema minimală pentru desensibilizare. Atenţie: *Sub supravegherea strictă a medicului* ● se injectează *subcutanat:* – 0,25 ml ser în diluţie 1/10 –se aşteaptă 30 minute, dacă nu apare nici o reacţie –0,25 ml ser nediluat – se aşteaptă 30 minute, dacă nu apare nici o reacţie – 1 ml ser nediluat – se aşteaptă 30 minute, dacă nu apare nici o reacţie, se injectează tot serul i.m. Dacă această desensibilizare ne arată un grad mai mare de sensibilizare, se va face desensibilizarea după procedeul Besredka modificat.

	La intervale de 30 minute, se injectează ser după cum urmează: Diluţii — Cantitate — Calea de administrare 1/100 — 0,1 ml — i.d. 1/100 — 0,5 ml — i.m. nediluat — 0,5 ml — i.m. nediluat — cantitate totală — i.m. Observaţie încă 30 minute
Altă metodă de desensibilizare	Schema desensibilizării poate varia în funcţie de gradul de sensibilizare şi de modul cum reacţionează pacientul la primele administrări. Exemplu de desensibilizare prin injecţii subcutanate (interval de timp între injecţii de 30 de minute). Diluţii — Cantitate (ml) 1/100 — 0,2 1/100 — 0,4 1/100 — 0,6 1/10 — 0,2 1/10 — 0,4 1/10 — 0,6 ser nativ — 0,2 ser nativ — 0,4 ser nativ — 0,6 ser nativ — 1 **PRECIZARE:** – Diluţia de ser imun în ser fiziologic poate începe şi de la 1/1000 – începând cu o cantitate de 0,1 ml, crescând progresiv la intervale de 30 minute; acest procedeu durează foarte mult timp. – Dacă testele sunt intens pozitive, iar administrarea serului este indispensabilă, pe lângă desensibilizare, se va injecta intramuscular antihistaminic (Romergan) înainte de introducerea serului şi se perfuzează i.v. corticoizi (Hemisuccinat de hidrocortizon) înainte şi în timpul administrării. – După injectarea serului eterolog, pacienţii trebuie să rămână sub observaţie medicală atentă cel puţin 1 oră.

ADMINISTRAREA IMUNOGLOBULINELOR

Gammaglobulinele reprezintă partea purtătoare de anticorpi şi se numesc imunoglobuline normale (după definiţia OMS). Sunt cunoscute sub numele de IgG; A; M; D: E.

Gammaglobulinele obținute din serul de convalescent sau din serul unei persoane hiperimunizate cu un anumit antigen (vaccin sau anatoxină) se numesc *imunoglobuline umane specifice* (antitetanos, antivariolic, antipertusis, antirabic, antiHBs, antirujeolic etc.).

Atât imunoglobulinele umane normale, cât și imunoglobulinele specifice, se extrag din amestecuri de plasmă provenită de la sute de donatori.

Administrarea de imunoglobuline oferă mari avantaje în comparație cu serurile imune, pe care le pot înlocui în totalitate.

Toleranța locală și generală este bună. Nu prezintă risc de transmitere a unor virusuri (HIV, hepatitice etc.).

Imunoglobulinele (gammaglobuline) se administrează numai pe cale intramusculară în doze de 0,1–0,5 ml/kg corp.

În ultimii ani, s-au produs imunoglobuline de uz intravenos (Gamma venin, Sandoglobin).

2. Profilaxia nespecifică și chimioprofilaxia

Profilaxia nespecifică se realizează prin cura de aer, apă, soare, vitaminoterapie, administrare de microelemente (Ca, Mg, K) etc.

Pentru protecția persoanelor receptive față de unele infecții se folosește și chimioprofilaxia (administrarea de antibiotice sau chimioterapice).

Metoda trebuie utilizată cu mult discernământ, deoarece prezintă unele pericole, cum ar fi selectarea unor germeni rezistenți: producerea de efecte secundare alergice, toxice, ale antibioticelor respective.

ÎNGRIJIRI SPECIFICE ÎN FUNCȚIE DE CALEA DE TRANSMITERE

Criteriul cel mai util pentru clasificarea bolilor infecțioase este cel epidemiologic – după modul de transmitere.

În acest mod, clasic, bolile infecțioase se pot împărți în patru grupe:

1. afecțiuni transmise pe cale *respiratorie* (prin picăturile lui Pflugge) – prin intermediul aerului (aerogene)
2. afecțiuni transmise pe cale *digestivă* (cu poartă de intrare digestivă)
3. afecțiuni transmise pe cale *cutanată*
4. afecțiuni transmise prin *vectori*

PRECIZARE:
În continuare, vom face o scurtă prezentare doar a câtorva boli transmise pe cale respiratorie si pe cale digestivă.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI TRANSMISE PE CALE RESPIRATORIE

Generalități

Transmiterea infecțiilor se face pe calea aerului și se produce:
– prin picăturile lui Pflugge – în cazul strănutului și a tusei, sau
– prin inhalarea aerului în care agenții patogeni rămân suspendați (sub forma prafului) și astfel pot fi purtați de curenții de aer. Varicela și tuberculoza sunt exemple de boli ce pot fi răspândite în această manieră.

Infecțiile respiratorii au poarta de intrare nazo-faringiană și buco-faringiană.

Aceste infecții cuprind: scarlatina, anginele, rujeola, rubeola, variola (eradicată), varicela, mononucleoza infecțioasă, difteria, tusea convulsivă, pneumoniile, gripa, meningita cerebrospinală, parotidita epidemică, tuberculoza (calea principală) poliomielita (una din căi) etc.

Culegerea datelor	La fiecare afecțiune, culegerea de date va viza: – datele epidemiologice (vezi diagnosticul bolilor = anchetă epidemiologică) – receptivitatea organismului (vârsta, starea nutrițională, boli cronice, tratament parenteral, imunizări) – culegerea de date pe cele 14 nevoi (vezi T.E.I. – Lucreția Titircă)
Problemele posibile ale pacientului	– respirație ineficientă din cauza tusei, a edemului mucoasei bronșice cu producere cresculă de mucus – izolare socială din cauza stigmatului asociat cu boala contagioasă – stare depresivă din cauza izolării – disconfort din cauza febrei, tusei și oboselii – deficit de volum lichidian din cauza ingestiei inadecvate și pierderi anormale prin expirație și transpirație. În cazul unor boli respiratorii infectocontagioase, poate apărea: – alterarea integrității tegumentare prin erupție cutanată
Obiective de îngrijire – în afecțiuni respiratorii	Obiectivele de îngrijire vizează: – identificarea agentului patogen (din exsudat, secreții nazale, expectorație, sânge; sau indirect, prin reacții serologice, reacții cutanate) – limitarea propagării infecției – supravegherea atentă a pacientului pentru a depista semne de sensibilitate la vreun medicament sau la ser – oprirea infecției (administrarea tratamentului adecvat) – supravegherea funcțiilor vitale – respirație, circulație – asigurarea unei hidratări adecvate – atenuarea febrei

	– combaterea durerii (de cap, gât) – uşurarea tusei – asigurarea odihnei – reducerea anxietăţii – susţinerea psihologică a pacientului – educarea persoanelor (populaţiei) privind importanţa: imunizării, igienei personale, a locuinţei, distrugerea vectorilor.

MĂSURI CE TREBUIE LUATE PENTRU LIMITAREA PROPAGĂRII BOLILOR INFECŢIOASE RESPIRATORII

– pacienţii şi familia vor fi informaţi despre boală, transmiterea ei, prevenire şi tratament
– pacienţii se izolează pentru a nu transmite infecţia sau/şi pentru a-i proteja (mai ales pe cei ce au rezistenţă scăzută)
– persoanele care intră în contact cu pacientul trebuie să poarte mască, halat
– trebuie să-şi spele mâinile înainte de intrare în camera pacientului şi la ieşirea din cameră sau după un contact cu un obiect sau material contaminat şi potenţial infecţios. Se evită răspândirea microbilor în aer:
– se sfătuieşte pacientul să-şi acopere nasul şi gura cu o batistă, atunci când tuşeşte sau strănută; să folosească batiste de hârtie – pentru tuse şi pentru expectoraţie: acestea se aruncă după folosire într-un recipient prevăzut aproape de patul pacientului
– se folosesc metodele umede de curăţenie (îndepărtare a prafului); se evită scuturarea lenjeriei în cameră
– se aeriseşte camera de mai multe ori pe zi.

PRECIZARE: Dintre afecţiunile transmise pe cale respiratorie, vom trata pe scurt (ca prototip) doar scarlatina, rujeola, varicela.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU SCARLATINĂ

Scarlatina – boală infecţioasă acută şi contagioasă – cauzată de anumiţi streptococi betahemolitici din grupa A, care secretă o toxină numită toxină eritrogenă ce determină apariţia erupţiei (sindromul eruptiv).

Iniţial, boala se caracterizează prin anginâ, vărsături şi febră.

Culegerea datelor	Receptivitatea pacientului ..... Date epidemiologice ..... **Manifestări de dependenţă** (Semne şi simptome) ● *Perioada de incubaţie 3–6 zile în medie (maximum 1–10 zile)* Debut brusc: – febră mare (39°–40° C) – anginâ (inflamaţia istmului faringian) caracterizată prin dureri în gât, roşeaţă intensă care cuprinde amigdalele şi întregul istm faringian

	– vărsături –cefalee În formele grave: puls rapid şi hipotensiune. ● *Perioada de invazie (1–2 zile)* – angina este de un roşu intens (ca flacăra) sau pultacee – cu exsudat cenuşiu – în puncte, aspect de false membrane. Uneori, angina ulcero-neoroticâ – limbă încărcată – cu depozit cenuşiu albicios, apoi, prin descuamarea limbii, mucoasa rămâne roşie = limbă zmeurie ● *Perioada de erupţie (2–3 zile)* – exantem scarlatinos (nu apare la nivelul feţei) – mască Filatov (facies pălmuit), semnul lui Grozovici-Pastia (linii hemoragice la nivelul regiunii inghinale, axilare) – prurit – modificări circulatorii (tahicardie, hipotensiune arterială, colaps – în formele hipertoxice) – oligurie, albuminurie – simptome neuropsihice (agitaţie, delir, convulsii, chiar comă) – ex. de laborator: leucocitoză cu neutrofilie ● *Perioada de descuamaţie (2–3 săptămâni)*
Problemele pacientului	– hipertermie legat de sindromul toxic – alterarea confortului legat de durerea de cap şi febră – durere în gât, legată de inflamaţia istmului faringian (anginâ) – vărsături şi cefalee din cauza edemului cerebral infecţios – deficit de volum lichidian legat de vărsături, de disfagie – risc de deshidratare legat de vărsături, de consum redus de lichide, de hipertermie, de creşterea metabolismului – alterarea nutriţiei: insuficientă în raport cu nevoile organismului legat de dificultate în înghiţire şi anorexie – alterarea confortului legat de prurit – alterarea mucoasei bucale, linguale, legat de enantem, limbă încărcată – izolare socială – impusă de boala contagioasă – risc de transmitere a infecţiei legat de neizolarea pacientului – potenţial de complicaţii, legat de procesul infecţios – [complicaţii toxice, septice, alergice (glomerulonefrită), cardiace], fie legate de suprainfecţia elementelor eruptive – risc de infecţie a tegumentului, legat de gratajul leziunilor pruriginoase – adinamie, legată de starea toxică – deficit în autoîngrijire, legat de slăbiciune (adinamie)
Obiective	Pacientului să i se: – atenueze febra – diminueze durerea de cap, inflamaţia istmului faringian

	– atenueze vărsăturile – amelioreze starea de confort. Pacientul: – să fie echilibrat hidro-electrolitic – să se evite deshidratarea, să bea lichide – să nu prezinte suprainfecţii ale mucoaselor, tegumentelor – riscurile transmiterii infecţiei să fie reduse sau eliminate – să nu prezinte complicaţii (septice, toxice, alergice) – să i se reducă anxietatea. Obiective de îngrijire vezi – obiective de la „generalităţi"
Intervenţii	● *Febra poate fi scăzută prin:* – ventilare (răcire) sau cu un burete umed căldut, prişniţe, cameră bine aerisită – antitermice – compresa reci pe frunte ● *Ameliorarea inflamaţiei prin:* – gargară cu ceai de muşeţel, bomboane antiseptice – dezinfecţia nazo-faringiană (la indicaţia medicului) – analgezice ● *Ameliorarea confortului prin:* – combaterea pruritului – cu loţiuni de alcool mentolat ● *Pentru echilibrul hidro-electrolitic:* – regim hidro-lacto-zaharat, supe de legume, zeamă de compot, sucuri de fructe, vitamine. Adulţii se încurajează să bea lichide 2–3 l/24 h ● *Prevenirea infecţiilor şi a complicaţiilor:* – se asigură igiena mucoaselor şi a tegumentelor (îngrijirea cavităţii bucale de două ori/oră) – repaus la pat – cel puţin 7 zile, pentru a preveni complicaţiile (în special renale) – evitarea complicaţiilor – se realizează prin respectarea regimului igieno-dietetic şi respectarea tratamentului etiologic şi simptomatic – izolarea în spital de boli infecto-contagioase – urmărirea analizei de urină şi a exsudatului faringian – timp de 3 săptămâni, repetate periodic. La toţi contacţii – exsudat faringian – dezinfecţia: lenjeriei, obiectelor, veselei, camerei (formolizare), folosirea de ploşti individuale – după afebrilitate, pacientul face zilnic băi calde. ● *Tratament etiologic (la indicaţia medicului):* – se administrează penicilină, eritromicină; la externare, se continuă cu Moldamin. În formele toxice – gammaglobuline. În formele în stare de şoc, hemisuccinat de hidrocortizon.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU VARICELĂ

Varicela este o boală infecţioasă şi foarte contagioasă, cauzată de virusul varicelozosterian.

Culegerea datelor	– Receptivitatea ..... – Date epidemiologice (vezi ancheta epidemiologică) **Manifestări de dependenţă** (Semne şi simptome) ● *leziuni la nivelul tegumentelor şi mucoaselor* – erupţie: pe tegumente, macule, papule, vezicule, cruste (aspect polimorf) – pe mucoasa bucală (veziculele se rup lăsând ulceraţie cu aspect de aftă cu dureri la masticaţie şi salivaţie abundentă) ● *febra (poate lipsi la 1/4 din cazuri)*
Probleme	● *alterarea integrităţii pielii, legată de leziunile veziculare* ● *risc de alterare a imaginii corporale, legat de cicatricile (posibile) rămase în urma gratajului* ● *risc de infecţie a tegumentelor legat de gratajul leziunilor pruriginoase* ● *potenţial de complicaţii (pneumonie, encefalită variceloasă), legat de procesul infecţios, fie legat de suprainfecţia elementelor eruptive* ● *alterarea confortului, legat de prurit* ● *risc de transmitere a infecţiei, legat de neizolarea pacientului*
Obiective	Pacientul: – să-şi păstreze integritatea pielii – să nu fie expus microorganismelor infecţioase – să înţeleagă măsurile de control al infecţiei şi al gratajului – să-şi păstreze sentimentul de bunăstare şi stimă de sine
Intervenţii	– igiena tegumentelor cu apă alcoolizată – baie numai după căderea crustelor – pentru ameliorarea pruritului, alcool mentolat; talc – igiena cavităţii bucale = spălături cu ceai de muşeţel (mai ales după alimentaţie), badijonări cu stamicină, vit. A – educaţia pacientului: să nu se scarpine – supravegherea pentru a observa semnele vreunei complicaţii (febră, cefalee) DE REŢINUT: Varicela şi zona zoster (herpes zoster) au acelaşi agent etiologic. Varicela poate apărea după un contact cu herpes zoster sau invers.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU RUJEOLĂ

Rujeola – boală acută infecțioasă și foarte contagioasă, provocată de virusul rujeolic, care este un paramixovirus.

Culegerea datelor	– receptivitatea pacientului (vârstă...) – date epidemiologice – vezi diag. epidemiologic –culegerea de date pe cele 14 nevoi (vezi Ghid de Nursing vol. 1 – Lucreția Titircă) **Manifestări de dependență** (Semne și simptome) Perioada de incubație – în medie, 10 zile este perioada *preeruptivă sau catarală:* 3 zile ● *teba – care crește treptat la 38°–39° C* ● *frisoane* ● *tahipnee* ● *triplu catar:* – ocular (conjunctivită, lăcrimare) – nazal (congestia mucoasei nazale, senzație de nas înfundat, rinoree seropurulentă) – traheobronșic (tuse seacă – răgușeală – din cauza laringitei) ● *enantem* (hiperemia mucoasei buco-faringiene) – semnul Koplik – micropapule albe în dreptul molarilor ● *tulburări digestive* (vărsături, greturi, dureri abdominale) ● *simptome nervoase* (iritabilitate, cefalee). În perioada eruptivă, apare: ● *exantemul* – *macule* de culoare roșie (pe față, după urechi, gât, torace, abdomen, spate, membre) ● *tegumente* – rosii, calde, transpiratie Alte manifestări de dependență: ● *inapetență* ● *neliniște, stare de nervozitate* ● *închidere în sine* ● *slăbire*
Probleme	– hipertermie – legată de procesul infecțios, manifestată prin frisoane, piele fierbinte – obstrucția căilor respiratorii – legată de inflamația mucoasei nazale, de rinoree, inflamația mucoasei laringiene – dispnee cu polipnee, din cauza febrei – tuse – legată de catarul traheo-bronșic – alterarea integrității mucoaselor și a pielii, legată de enantem și exantem

	– potenţial de deficit de lichide (deshidratare), legat de vărsături, transpiraţii – intoleranţa la activităţi din cauza febrei, slăbiciunii – risc de infecţie a mucoasei bucale = stomatita (bacteriană sau micotică) mai ales la copiii subnutriţi sau din lipsa de igienă a cavităţii bucale – potenţial de complicaţii ale aparatului respirator, digestiv, ale sistemului nervos = encefalită – legat de scăderea rezistenţei generale (procesul infecţios, febră, vărsături, inapetenţă)
Obiective	Pacientul să prezinte: – o diminuare a febrei – temperatură în limite normale, odată cu pălirea erupţiei (o creştere a febrei în această fază este semn de complicaţii) – diminuare a catarului nazal şi traheobronşic – căi respiratorii permeabile – un ritm respirator regulat – diminuarea tusei (dispariţia tusei) Pacientul: – să fie echilibrat hidroelectric (să nu prezinte semne de deshidratare) – să nu prezinte infecţii la nivelul mucoaselor şi tegumentelor – să nu prezinte complicaţii – să i se amelioreze contorul fizic şi psihic
Intervenţii	● *Pentru diminuarea şi reducerea febrei:* – se aplică comprese hipotermizante de 2–3 ori pe zi, pe frunte, pe torace, la nivelul membrelor (temperatura acestor comprese să fie cu 1–2 grade mai mică decât temperatura corpului) – se aeriseşte camera de 3–4 ori pe zi, câte 15 minute; în cazul frisoanelor – se acoperă pacientul cu încă 1–2 pături în plus – se administrează medicaţia prescrisă de medic – antitermică (aspirină 3 x 1 tb/zi) – antimicrobiană (Penicilină G 2 x 1000000 u/zi i.m.) – algocalmin ● *Pentru diminuarea obstrucţiei căilor respiratorii, tusei, polipneei:* – se umidifică aerul – prin punerea unor vase cu apă pe calorifere sau prin fierberea pe reşou a unei infuzii de muşeţel – se aeriseşte salonul, se hidratează pacientul (pentru a favoriza eliminarea secreţiilor) – se administrează medicaţia prescrisă: rinosept, faringosept antitusivă: codeină fosfat 3 x 1 tb/zi – antiinflamatorie HHC 100 mg/zi în perfuzie de glucoză 10% ● *Pentru prevenirea deshidratării:* – se oferă pacientului lichide (2500–3000 ml/zi) – ceaiuri, sucuri naturale, fructe, zeamă de compot

	● *Pentru prevenirea infecției mucoaselor și tegumentelor:* – se spală ochii pacientului de 1–2 ori pe zi cu ceai de mușețel (cu comprese sterile). La indicația medicului, se instilează, de 3 ori pe zi, câte o picătură de Clorocid în sacul conjunctival. – se insistă asupra igienei cavității bucale prin: spălarea dinților, gargară cu ceai de mușețel, asupra curățirii corecte a cavității nazale și protecția narinelor prin aplicarea de creme simple – se efectuează toaleta pe regiuni – comprese umezite cu apă alcoolizată – baia generală este permisă doar în perioada de convalescență. Prevenirea complicațiilor se realizează prin: – creșterea rezistenței organismului (repaus, dietă) – izolarea pacientului de alți pacienți cu alte boli – respectarea condițiilor de igienă personală și a mediului ambiant.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI TRANSMISE PE CALE DIGESTIVĂ

Generalități

Propagarea se face, de regulă, prin intermediul apei și a alimentelor contaminate cu bacterii sau virusuri. Germenii se răspândesc în mediul înconjurător prin materii fecale, urină sau alt produs patologic.

Apa de fântână se poate contamina prin infiltrații cu ape de suprafață sau atunci când acestea sunt construite în apropierea latrinei.

Apa râurilor se poate contamina prin vărsarea în ele a canalelor colectoare.

Alimentele se pot contamina printr-o manipulare necorespunzătoare.

Boala digestivă este boala mâinilor murdare.

Un rol important în transmiterea bolilor digestive îl joacă muștele, care vehiculează microbii.

Cele mai frecvente boli contagioase transmise pe cale digestivă sunt:

– enterovirozele, febra tifoidă și febrele paratifoide, toxiinfecțiile alimentare, dizenteria bacilară, hepatita virală.

Culegerea datelor	– vârsta (copiii sunt mai ușor afectați) Se obțin informații pentru depistarea izvorului de infecție – dacă au existat boli similare în anturaj (familie, colegi etc.) – ce alimente s-au consumat – unde este sursa de apă potabilă – condițiile de sanitație corespunzătoare (condițiile deficitare favorizează transmiterea)

Probleme	– disconfort abdominal, din cauza durerilor, greţurilor, vărsăturilor – sindrom de deshidratare – legat de vărsături, diaree – febră – legată de acţiunea agenţilor infecţioşi – greţuri, vărsături – legate de infecţie – alterarea nutriţiei prin deficit de lichide în raport cu nevoile organismului – durere (de cap, de gât, legată de angine) – dificultate în a se îngriji, legată de slăbiciune, adinamie – risc de complicaţii – exantem (febră tifoidă, infecţii cu virus ECHO)
Obiective de îngrijire	– izolarea pacientului – identificarea agentului patogen (din materiile fecale, bilă) – limitarea propagării infecţiei – asigurarea confortului pacientului – menţinerea stării de nutriţie; pacientul să primească lichide şi electroliţi; factori de nutriţie în cantitate şi calitate adecvate în funcţie de bilanţul hidric şi în funcţie de dezechilibrul hidroelectrolitic – menţinerea unei eliminări normale (tranzit intestinal, diureză); a unei temperaturi normale a corpului – învăţarea pacientului: – să ştie să respecte regimul igieno-dietetic – asigurarea îngrijirilor igienice.

PRECIZARE: Dintre bolile cu transmisie pe cale digestivă vom prezenta, succint, doar îngrijirile în toxiinfecţiile alimentare şi în hepatita virală A.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU TOXIINFECŢII ALIMENTARE

Toxiinfecţiile alimentare sunt boli infecţioase acute, cu caracter sporadic sau epidemic, care apar în urma consumului de produse alimentare intens contaminate cu variate bacterii şi/sau toxinele acestora, virusuri, protozoare, sau fungi/ciuperci.

Ele se manifestă clinic atât prin tulburări digestive (vărsături, diaree, colici abdominale), adică fenomene de gastroenterocolită acută, cât şi prin fenomene toxice generale.

Agenţii etiologici

Bacterii

Shigella, Salmonella, Escherichia, Proteus, Vibrio Cholerae, Clostridium (Cl. Botulinum, Cl. Peitringens), Stafilococ, Streptococ.

Virusuri

Coxsackie, Echo, Polio.

Protozoare

Entamoeba dyzenteriae (dizenlerie amibiană), Giardia lamblia.

Fungi
Candida albicans.

Marea majoritate a toxiinfecţiilor alimentare sunt produse de germeni din genul Salmonella (S. typhi murium).

Alimentele mai frecvent incriminate: carnea (în special de pasăre, peşte şi porc), preparatele de carne (cârnaţi, tobă, pateuri), ouă (mai ales cele de raţă), laptele şi derivatele sale, preparatele de cofetărie etc.

Culegerea datelor	Informaţiile vor fi culese prin ancheta epidemiologică: – dacă este vorba de un caz sporadic individual, sau de cazuri mai multe în familie, în colectivităţi (comeseni) care au consumat acelaşi aliment – prânzurile ingerate (cu 2 până la 48 ore înainta ce debut) – alimentele consumate (mai ales cele neprelucrate termic): frişcă, smântână, îngheţată, maioneză etc. – în ce condiţii au fost preparate şi păstrate produsele (la căldură, accesibil muştelor, rozătoarelor, persoanelor cu infecţii stafilococice) – dacă persoana/persoanele au fost în călătorie într-o zonă cu focare epidemice sau zone endemice de holeră sau dizenterie – dacă ştie că în anturaj există persoane purtătoare de germeni – dacă persoana se află sub tratament prelungit cu antibiotice – gravitatea bolii este în funcţie de vârstă (este mai gravă la o vârstă mică şi la vârstnici); starea anterioară de sănătate. Manifestări de dependenţă (Semne şi simptome) Manifestările de dependenţă (clinice) apar după o incubaţie de: 12–36 ore – salmonelle 1–4 ore – stafilococ: 8–24 ore – clostridium perfringens 1–3 săptămâni – giardia lamblia Debutul este brusc cu: – salivaţie, greaţă, vărsături, colici abdominale, diaree – cefalee, ameteli, lipotimie – stare de rău general, febră – tegumentul palid – acoperit cu sudori reci – hipotensiune arterială până la colaps – şoc infecţios
Probleme	– deshidratare cu dereglări hidroelectrolitice (se pierde Na, K, Ca) din cauza vărsăturlor, diareei – vărsături, diaree din cauza inflamaţiei mucoasei tubului digestiv – sub acţiunea enterotoxinelor

	– disconfor: din cauza tulburărilor digestive, a stării de rău produs de toxinele (endotoxinele) pătrunse în sânge – cefalee din cauza toxinelor care afectează sistemul nervos central şi tulburărilor hidroelectrolitice – hipertermie din cauza stării infecţioase şi deshidratării – tulburări circulatorii – hipotensiune din cauza scăderii volumului circulant – anxietate, legată de apariţia şi evoluţia bolii
Obiective	Pacientul: – să nu mai prezinte semne de deshidratare în termen de maxim 24 ore – să i se diminueze vărsăturile în termen de 6 ore – să aibă tranzitul intestinal ameliorat în termen de 6 ore – să nu prezinte cefalee, colici – în termen de 2–3 zile – să prezinte temperatura în limite normale în termen de 2–3 zile – să prezinte T.A. în limite normale – în primele 24 ore
Intervenţii	Asistenta: – asigură repausul la pat – asigură o dietă hidrică (administrare de lichide reci, în înghiţituri mici – fracţionat); se pot administra 4–5 litri pe 24 ore; pot fi uşor acidulate; treptat, se introduc alimente (orez, morcovi raşi, brânză de vaci proaspătă, pâine prăjită şi în funcţie de tolerantă, se ajunge la alimentaţia normală) – asigură reechilibrarea hidroelectrolitică – cu soluţii indicate (ser fiziologic, Dextran) – administrează medicaţia prescrisă (simptomatice: emetiral, clordelazin; spasmolitice: metoclopramid, scobutil; dezinfectant intestinal). În formele grave: corticoterapie. **Educaţia pacientului** Să ştie: – să prevină contaminarea alimentelor (vezi: „Măsuri preventive faţă de calea de transmitere digestivă") – să evite consumul de maioneză păstrată în conditii necorespunzătoare de temperatură, creme preparate din ouă de raţă etc. –să evite consumarea alimentelor suspecte prin control organoleptic

HEPATITA VIRALĂ ACUTĂ

Noţiuni introductive

Hepatitele acute virale sunt produse de virusurile A, B, C, D, Δ (delta), E.
Calea de transmitere:
Hepatita virală A şi E – pe cale digestivă (fecal-orală).

Hepatitele virale B, C, D, – se transmit:
– prin seringi şi ace contaminate, acupunctură, tatuaje, manichiură, pedichiură sau alte proceduri medicale şi nemedicale
– prin contact cu sânge infectat sau prin derivatele lui
– prin contact sexual
– transmitere verticală (de la mamă la făt).

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU HEPATITĂ VIRALĂ ACUTĂ A

Hepatita virală A (HVA) este o boală infecţioasă determinată de virusul hepatitic A (din genul Enterovirus) cu caracter hepatotrop, provocând o boală generală a organismului şi, mai ales, a ficatului.

Virusul A se găseşte atât în materiile fecale, bilă cât şi în sânge. Are mare rezistenţă în mediul extern. Infecţia se transmite prin apă, alimente, obiecte contaminate.

Perioada de incubaţie – în medie, 1 lună –virusul fiind prezent în sânge şi în scaun din a doua jumătate a perioadei de incubaţie.

Culegerea datelor	– vârsta (hepatita A domină la vârsta copilăriei) – deficienţă de igienă Ancheta epidemiologică: se caută contactul infectant cu sursă de infecţie – condiţiile de mediu Colectivităţile (cămine, creşe, şcoli) oferă condiţii favorizante de transmitere a bolii prin persoanele cu infecţie hepatitică cu evoluţie asimptomatică (infecţii inaparente). – alimente consumate – sursa de apă (ape contaminate) – cunoştinţele pacientului şi ale familieidespre boală. **Manifestări de dependenţă** (Semne şi simptome) Perioada de incubaţie (14–42 zile) Perioada preicterică 1–10 zile – febră – dureri musculare generalizate – manifestări catarale respiratorii (uneori); debut pseudo-gripal Manifestări digestive (debut digestiv – cu semne de gastroduodenită) – anorexie – cu repulsie de alimente, bătonare – greaţă, vărsături – dureri (epigastrice, de cap) – senzaţie de greutate în hipocondrul drept – dureri articulare (artralgii) – debut pseudo-reumatismal – erupţii de tip urticarian – cu prurit

– icterul – coloraţia galbenă a tegumentelor şi a sclerelor (mucoasă conjunctivală)
– prurit
– astenie pronunţată, ameţeli
– insomnie ori somnolenţă
– irascibilitate
– apatie – până la depresie psihică
– oligurie (retenţie hidrică şi sodică) cu urina închisă la culoare (hipercromă – ca berea brună)
– constipaţie cu scaune decolorate

NOTĂ:
Hepatita virală A poate debuta uneori atipic.

În această perioadă, ficatul este mărit (hepatomegalie), sunt afectate căile biliare (hipotonie); stomacul şi intestinul (gastroduodenită acută); pancreasul (insuficienţa secretorie a pancreasului exocrin cu perturbări ale digestiei – din lipsa de lipază, tripsină); aparatul cardiovascular (hipotensiune, bradicardie); sistemul nervos (astenie, depresie sau irascibilitate).

În formele severe, pot apărea hemoragii digestive, cutanate şi mucoase (epitaxis, gingivoragii).

NOTĂ:
După cum am amintit, există şi forme inaparente, cu totul asimptomatice, şi forme anicterice.

Examenele de laborator au mare importanţă (vezi Breviar – Lucreţia Titircă, Explorarea funcţională a ficatului)

Se cercetează:
● *sindromul de hepatocitoliză* (distrugerea hepatocitelor)
– transaminazele (TGP, TGO), aldolazele şi sideremia – cresc – din cauza citolizei
● *sindromul colestatic* (excreto-biliar, bilio-obstructiv)
– bilirubinemia – creşte
– fosfataza alcalină – creşte în hepatita virală colestatică
● *sindromul de inflamaţie*
– teste de disproteinemie (scăderea albuminei şi o creştere a beta şi alfa globulinelor, apoi, a gammaglobulinelor)
– electroforeza
– imunoelectroforeza – creşte IgM (ca răspuns umoral).
IgG creşte în convalescenţă şi persistă mult timp.
● *sindromul de deficit funcţional hepatic*
– testele de coagulare (tulburări în sinteza factorilor de coagulare – protrombine etc.)
– teste care se referă la metabolismul glucidic (tendinţe de hiperglicemie – din cauza afectării pancreasului)

	– teste care se referă la metabolismul lipidic (fosfolipidele cresc, colesterolul scade). ● *examene curente* – leucograma şi VSH; au valoare în a indica etiologia virală (leucopenie cu VSH normal sau chiar încetinit, datorită hemoconcentraţiei) – ex. urinei (urobilinogen crescut, bilirubină prezentă) ● *teste specifice de laborator* – decelarea antigenului hepatic A din materiile fecale (imunoelectromicroscopie) – decelarea anticorpilor anti HAV – prin testul radioimun (RIA) sau imunoenzimatic (ELISA).
Probleme	● *hipertermie*, legată de manifestarea generală infecţioasă, fără frisoane ● *disconfort* – legat de prurit, durerile musculare, articulare, de manifestările digestive, manifestările catarale ● *greţuri, vărsături* – legate de gastro-duodenită ● *anorexie* – legată de afectarea stomacului şi intestinului şi alterarea gustului ● *alterarea nutriţiei* prin deficit din cauza anorexiei, greţurilor şi vărsăturilor ● *dureri* – epigastrice, de cap, musculare, articulare, legate de infecţia care afectează aceste organe ● *diminuarea mobilităţii fizice* (intoleranţă la activităţi) – legată de astenie, ameţeli, alterarea metabolismului ● *afectarea tegumentelor şi mucoaselor*, legată de urticarie, de coloraţia galbenă (bilirubinemie crescută) ● *eliminare urinară inadecvată* – (prin oligurie la început), legată de retenţia hidrică sau tulburare în metabolismul apei şi al electroliţilor, cu creşterea lichidului extracelular ● *constipaţie sau diaree* – legată de insuficienţa secretorie a pancreasului exocrin, de colestază ● *cunoştinţe insuficiente asupra bolii şi legate de regimul igieno-dietetic* ● *anxietate legată de evoluţia prognosticului bolii* ● *risc de infecţii* bacteriene sau virale supraadăugate, legat de starea de nutriţie anterioară (în special carenţa de proteine), de boli cronice asociate
Obiective	Pacientul să prezinte: ● *o diminuare:* – a febrei – a vărsăturilor, a greţurilor

	– a pruritului – a durerilor (de cap, epigastrice, musculare, articulare) ● *să fie hidratat şi să prezinte o stare de nutriţie adecvată* ● *confort fizic şi psihic ameliorat, cât mai adecvat* ● *Pacientul* – să se deplaseze la baie, toaletă, cu ajutorul unei persoane – să aibă tegumente şi mucoase curate şi întegre – să prezinte o diureză normală – să aibă un tranzit intestinal normal, să nu prezinte constipaţie sau diaree – să fie instruit asupra bolii şi asupra regimului igieno-dietetic – să cunoască principalele grupe de alimente şi conţinutul lor în factori nutritivi (glucide, proteine, lipide) – să nu prezinte anxietate – să nu prezinte infecţii intercurente bacteriene (mai ales streptococice) sau virale (viroze respiratorii)
Intervenţii	**Autonome şi cu rol delegat** Toate intervenţiile vizează: protejarea ficatului, sprijinirea regenerării celulelor hepatice, corectarea reacţiilor inflamatorii şi a altor dezechilibre functionate. De asemenea, protejarea pacientului de alte infecţii, precum şi limitarea transmiterii bolii. ● izolarea pacientului – de obicei în spital cel puţin 2 săptămâni de la debutul bolii ● *observarea funcţiilor vitale* Asigurarea odihnei: ● *repaus la pat* – pentru perioada acută a bolii (cât timp testele de citoliză sunt crescute) – după perioada acută, repaus relativ în convalescenţă, apoi reluarea treptată a activităţii. **DE REŢINUT:** Poziţia de clinostatism favorizează foarte mult circulaţia sanguină la nivelul ficatului (favorizează vindecarea). Combaterea febrei şi a vărsăturilor: ● *febra se combate prin:* – îmbrăcăminte lejeră – microclimat corespunzător în salon – medicaţie antipiretică prescrisă de medic ● *vărsăturile se pot diminua prin:* – ingerare de cantităţi mici (30–60 ml) de lichide reci (ceai, siropuri diluate), la intervale de 30–60 minute

– la același interval se pot da pacientului bucăți mici de gheață, pe care le suge

– administrarea medicamentelor se va face, de preferință, sub formă de supozitoare

● *observarea semnelor de deshidratare*

● *respectarea dietei* (mese mici și frecvente), în funcție de toleranța digestivă sau de apetitul pacientului:

– la început dietă lichidă 1,5–2 l pe zi hidro-lacto-zaharată (sucuri de fructe, în special citrice, ceaiuri, compoturi, supe de zarzavat, lapte, iaurt)

– apoi, dieta va cuprinde alimente și preparate ușor digerabile, care să asigure un aport suficient de glucide și un aport suficient de aminoacizi necesari regenerării celulare. Astfel:

– **glucidele** (hidrocarbonatele) trebuie să acopere 60–70% din necesarul de calorii

– în formele severe – **perfuzii intravenoase** cu soluții de glucoză; nu trebuie însă să se exagereze cu lichidele (excesul poate fi dăunător)

– **proteinele** 1–1,5 g/kg corp se asigură prin: lapte și produse lactate (brânză de vaci etc.) și leguminoase (cartofi); apoi, când apare apetitul: carne (de pasăre, vită, pește)

– **lipidele** – în cantitate de 60–80 g/zi sub formă de: ulei (măsline, floarea-soarelui, porumb), unt, frișcă, smântână

● *asigurarea tranzitului intestinal normal se realizează prin:*

– regim de fructe

– zarzavaturi

– la indicația medicului – clisme, laxative

● *administrarea medicamentelor la indicația medicului:*

– simptomatice (pentru combaterea tulburărilor digestive: grețuri, vărsături)

– lipotrope (hepatotrope) – metionină, silimarină, aspatofort (Irofopar)

– vitamine – din grupul B; vitamina C; vitamina E; vitamina K (fitomenadion)

– în formele severe – corticoizi

– în icter prelungit: coleretice (anghirol, colebil, carbicol)

● *educarea pacientului*

– pentru cruțarea ficatului, pacientul va evita asocierea altor noxe (efort, abuz alimentar, toxice etc.)

– va evita consumarea alimentelor interzise: prăjeli, rântașuri, grăsimi animale, conserve, afumături, alcool

– pentru dispensarizare corectă, pacientul va fi informat că dispariția icterului și a celorlalte semne nu înseamnă vinde-

	care totală; refacerea ficatului necesită timp mai îndelungat (2–3 luni) şi urmărirea se face timp de 6 luni iar în unele cazuri, urmărirea se face timp de 12 luni (clinic şi prin examene de laborator) – încurajarea pacientului şi a familiei de a pune întrebări despre boală şi regimul alimentar – informarea pacientului despre transmiterea bolii şi a modului de prevenire a hepatitei de tip A (şi pentru fiecare tip de hepatită)

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe dermatologice

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE A PIELII

Pielea este un înveliş conjunctivo-epiteliat, care acoperă organismul pe toată suprafaţa sa externă.

La nivelul cavităţii bucale, nărilor, anusului şi orificiilor genitale, se continuă cu mucoasele care căptuşesc aceste orificii.

Structura pielii:

– epidermul – partea externă, formată din ţesut epitelial stratificat, o pătură cornoasă şi una mucoasă;

– dermul – format din ţesut conjunctiv stratificat, un strat papilar şi unul reticular;

– hipodermul – sau ţesutul subcutanat, format din ţesui conjunctiv, care cuprinde fascicule conjunctive, între care se găsesc celule adipoase. Fig. 51

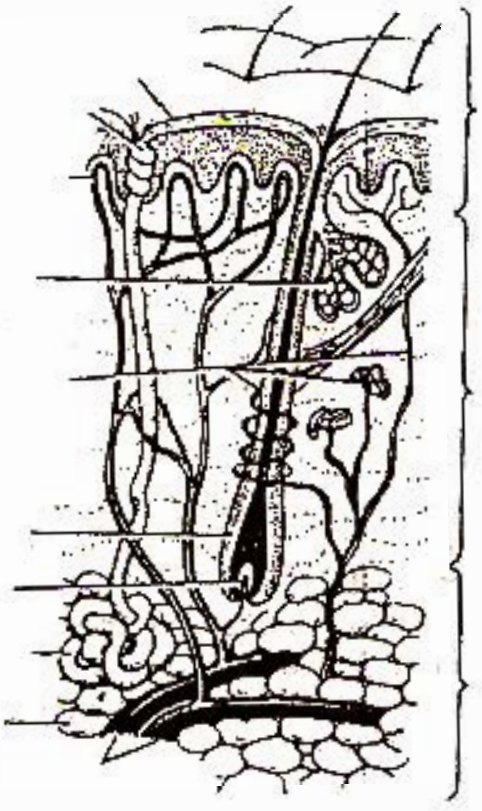


Fig. 51 – *Structura pielii*

Anexele pielii:
– cornoase: părul şi unghiile
– glandulare: glande sudoripare şi glande sebacee.
Funcţiile pielii:
– funcţia de protecţie: mecanică, antiinfecţioasă, termică, contra radiaţiilor solare
– funcţia de termoreglare
– funcţia de sensibilitate tactilă şi termică
– funcţia metabolică

Condiţia principală pentru a-şi îndeplini rolul este integritatea ei.

Importanţa pielii în viaţa organismului reiese şi din faptul că starea organismului se oglindeşte în aspectul şi culoarea ei.

EDUCAŢIA SANITARĂ PENTRU PREVENIREA AFECŢIUNILOR DERMATOLOGICE

- *evitarea factorilor declanşatori sau favorizanţi:*
  - leziuni contagioase
  - agenţi iritanţi
  - microorganisme
  - traumatisme
  - expunere prelungită la razele solare
  - înţepături de insecte
- *igiena*
  - tegumentelor (spălarea cu apă şi săpun; dezinfecţie atunci când se produc mici leziuni)
  - mucoaselor şi anexelor pielii
  - lenjeriei de corp
- *alimentaţie echilibrată, evitând alimentele alergice*
- *hidratare corespunzătoare, pentru a preveni uscarea pielii şi pruritul*
- *prezentarea la medic imediat ce se observă o leziune*
- *evitarea autotratării*
- *prevenirea leziunilor de grataj, prin tăierea scurtă a unghiilor.*

PARTICULARITĂŢI DE ÎNGRIJIRE A PACIENTULUI CU AFECŢIUNI DERMATOLOGICE

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie a afecţiunilor dermatologice* – infecţii virale (ex. herpes) – transmitere prin contact direct cu leziuni sau secreţii infectate – infecţii bacteriene cutanate (ex. piodermita: impetigo, erizipel), produse frecvent de stafilococ şi streptococ – infecţii fungice (dermatofiţii sau dermatomicoze) favorizate de mediu aerob, umed şi temperaturi de 20°–37° C

– prezenţa paraziţilor (epizoonoze: scabia şi pediculoza)
– tratamente medicamentoase (frecvente cu antibiotice, antiinflamatoare nesteroide), care determină urticaria
– consum de alimente (cum ar fi ouă, lapte, căpşuni) care determină apariţia urticariei
– alergeni inhalaţi (polen, praf etc.), care determină apariţia urticariei
– contact cu alergeni: plante, medicamente, păr de animale, cosmetice (dermatită de contact)
– expunere la factori care induc sau întreţin unele leziuni (ex. expunere la soare, frig, vânt în cazul unui pacient cu lupus eritematos)
– infecţii TBC
– alti factori (ex. alcoolul, fumatul, care pot agrava psoriazisul)

manifestări de dependenţă

– leziuni cutanate (macule, papule, vezicule, flictene, ulceraţii, scuame etc.) menţionându-se:
– distribuţia anatomică a erupţiei; simetrie sau asimetrie (ex. impetigo = perinazal, perioral, membrele; erizipel = faţa şi membrele inferioare; pitiriazis versicolor = regiunea centrală anterioară şi posterioară a toracelui şi rădăcina membrelor, mai rar faţa, gâtul, ceafa; scabie = spaţiile interdigitale, articulaţiile coatelor, genunchii, regiunea axilară, ombilicală, fesieră; urticarie = orice localizare)
– forma, consistenţa, conţinutul (ex. impetigo = vezicule pe fond eritematos, care, după rupere, lasă suprafaţa denudată; prin uscarea exsudatului se formează cruste galben-brune; erizipel = bule, uneori cu conţinut hemoragic; pitiriazis versicolor = macule bine delimitate, izolate sau confluente în plăci şi placarde de culoare discret eritematoasă sau cafenie sau albă, acoperite cu scuame furfuracee fine, care se detaşează uşor prin gratare; scabie = şanţ acarian şi vezicula perlată, leziuni de grataj şi urticariene; urticarie = papule roz cu halou eritematos, bine delimitate, pruriginoase, care pot fi izolate sau confluente, în plăci şi placarde
– data apariţiei
– modalităţi de debut
– evolutia leziunilor în timp
– caracterul acut, cronic sau recidivant al leziunilor
– tratamente anterioare
– durere – de intensitate variabilă şi localizată frecvent în aria afectată

– prurit – poate fi localizat (scabie, pediculoză) sau generalizat (eczeme, dermatite)
– exacerbat nocturn (scabie)
– leziuni de grataj (scabie, pediculoză)
– febră, frison (ex. la debutul erizipelului)
– leziuni unghiale (onicomicoză)
– paraziți adulți sau ouă (pediculoză) Fig. 52
– alte manifestări: greață, vărsături, cefalee, edeme etc.

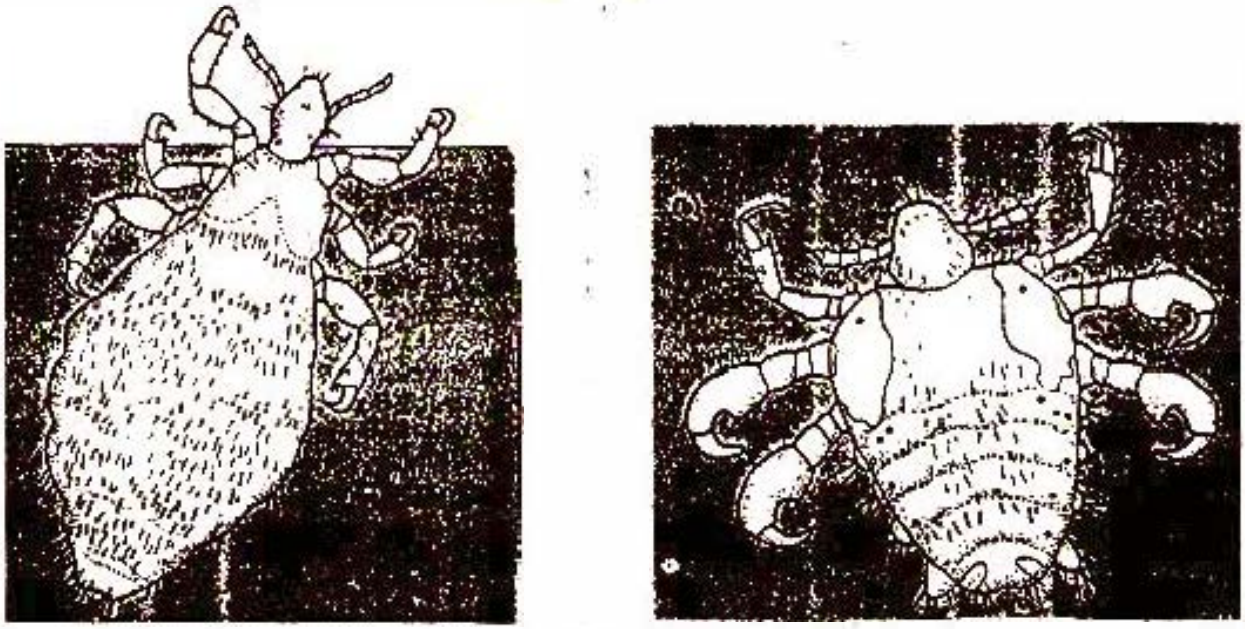


Fig. 52 – *Tipuri de paraziți*
a) de cap; b) pubieni

● *investigații și examene de laborator*

– examen micologic – constă în recoltarea produselor patologice, tratarea cu KOH 20% și examinarea la microscopul optic
– examen citologic – din produsele recoltate se face un frotiu care se examinează la microscop
– examen la lampa Wood – utilizat în special în cazul infecțiilor produse de fungi și bacterii și în tulburările de pigmentare
– biopsie cutanată – constă în recoltarea unui fragment de piele și examinare histopatologică
– imunofluorescență
– teste cutanate
– teste epicutane – se aplică pe tegument antigene suspectate în diluții standardizate și se citește reacția după 48–96 ore
– teste prin scarificare – se aplică alergeni standard pe pielea antebrațului, urmată de o ușoară scarificare; reacția se citește după 10 minute

	– I.D.R. – injectare intradermică de antigene; reacţia se citeşte la 24–48 sau 72 ore Rolul asistentei constă în: – pregătirea materialelor necesare – pregătirea psihică şi fizică a pacientului – recoltarea produselor patologice – pregătirea produsului pentru laborator – efectuarea testelor cutanate
Problemele pacientului	– alterarea integrităţii pielii – potenţial de suprainfectare a erupţiei – disconfort – risc de alterare a imaginii de sine sau a imaginii corporale
Obiective	Vizează: – ameliorarea durerii – prevenirea extinderii leziunilor – prevenirea complicaţiilor – redobândirea unei imagini de sine pozitivă – reintegrare socio-profesională
Intervenţii	– identificarea şi eliminarea factorilor favorizanţi sau agravanţi – aprecierea aspectului tegumentelor, mucoaselor şi anexelor (culoare, stare de hidratare, turgor, secreţie sudorală, leziuni cutanate) – izolarea pacientului cu leziuni contagioase – igiena riguroasă a tegumentelor intacte – tăierea unghiilor scurt şi igiena acestora, eventual aplicarea de mănuşi sterile pe mâinile pacientului – în cazul leziunilor în regiunea fesieră sau organe genitale, se vor utiliza bazinete şi urinare individuale, sterile – schimbarea lenjeriei de pat şi de corp, ori de câte ori este nevoie – aplicarea tratamentului local: – pudre – rol absorbant – mixturi – acţiune antiinflamatoare şi antipruiginoasă – unguente – acţiune emolientă – creme – acţiune emolientă şi diminuează deshidratarea cutanată – băi – pentru îndepărtarea crustelor, scuamelor şi pentru hidratare cutanată – comprese umede Asistenta va respecta: – modul de aplicare a tratamentului local (tamponare, fricţionare, badijonare cu spatula) – contraindicaţiile de aplicare pe pielea păroasă sau organe genitale

	– modalităţi de îndepărtare (ex. pomezile – cu tampoane îmbibate în soluţii uleioase sau antiseptice; pastele cu tampoane îmbibate în soluţii uleioase) – pregătirea pacientului şi participarea la efectuarea altor tratamente: – tratament chirurgical: – biopsie incizională sau excizională – electrochirurgia – distrugerea leziunilor patologice cu ajutorul curentului electric (electrocauterizare) – crioterapia – distrugerea prin congelare utilizând azot lichid sau zăpadă carbonică – fototerapia – tratament cu raze ultraviolete – radioterapia – iradiere superficială – laserterapia – administrarea tratamentului medicamentos prescris de medic (calmante, sedative, antibiotice etc.) şi urmărirea efectului terapeutic – măsurarea funcţiilor vitale – observarea apariţiei unor complicaţii – educaţia pacientului privind: – măsuri de prevenire a transmiterii infecţiei – măsuri de prevenire a suprainfectării leziunilor – necesitatea respectării dietei prescrise – continuarea tratamentului la domiciliu – necesitatea unei igiene riguroase – încurajarea pacientului în a-şi aprecia în mod realist aspectul fizic, în vederea redobândirii unei imagini de sine pozitive.

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni neurologice

NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE A SISTEMULUI NERVOS

Totalitatea organelor alcătuite predominant din ţesut nervos specializat în recepţionarea, transmiterea şi prelucrarea informaţiilor (excitaţiilor) culese din mediul extern sau intern, formează sistemul nervos.

Rolul sistemului nervos:

– face legătura dintre organism şi mediul înconjurător

– coordonează şi reglează activitatea tuturor ţesuturilor şi organelor.

Stimulii primiţi sub forma influxului nervos sunt analizaţi şi pe baza lor se elaborează comenzi ce sunt trimise spre toate organele şi sistemele.

Aceste funcţii se realizează în principal prin *acte reflexe*, care au la bază *arcurile reflexe*:

– receptor
– cale aferentă
– centrul nervos
– cale eferentă
– efector.

Deci, funcţia de bază a sistemului nervos = menţinerea legăturilor dintre organism şi mediul înconjurător şi de a coordona şi regla activitatea tuturor ţesuturilor, organelor şi sistemelor care alcătuiesc organismul.

În raport cu aceste funcţii, sistemul nervos este împărţit în:

I. **Sistemul nervos somatic** sau al vieţii de relaţie, care asigură legătura organism – mediu exterior. Acesta se împarte în:

S.N. central – encefal + măduva spinării

S.N. periferic – nervii cranieni + nervii spinali.

II. **Sistemul nervos vegetativ** sau autonom – asigură coordonarea funcţionării organelor interne. Este format din:

– o porţiune centrală, situată în măduva spinării şi trunchiul cerebral

– o porţiune periferică – ganglioni + fibre nervoase vegetative.

I. SISTEMUL NERVOS SOMATIC

Sistemul nervos central:

Encefalul – împărțit (în mare) în trei zone: creierul mare, trunchiul cerebral și cerebelul.

Creierul mare este împărțit în 2 lobi frontali, 2 lobi parietali, 2 lobi temporali și 2 lobi occipitali:

– lobul frontal – este sediul neuronului motor central, deci sediul mișcărilor voluntare; leziunile lobului frontal se însoțesc de tulburări motorii (paralizii), tulburări în exprimarea verbală și scrisă = afazie motorie, tulburări de comportament

– lobul parietal – este sediul cortical al analizorului sensibilității generale

– lobul temporal cuprinde sediul cortical al analizorului auditiv

– lobul occipital – este sediul capătului cortical al analizorului vizual (leziunea sa produce halucinații vizuale).

Este important de notat că funcția vorbirii este localizată în partea stângă pentru toți dreptaci și pentru majoritatea stângacilor.

Măduva spinării – este partea sistemului nervos central, adăpostită în canalul vertebral (rahidian).

Măduva spinării conține, structural, o materie cenușie în formă de H (corpuri celulare nervoase, înconjurate de materie albă, care este împărțită în trei perechi de coarne potrivit localizării lor: anterioare, laterale și posterioare.

Coarnele anterioare ale substanței cenușii sunt motorii, cele posterioare senzitive, iar cele laterale au funcții vegetative.

Substanța albă este formată din:

– căi motorii descendente și căi senzitive ascendente.

S.N.C. este acoperit de membrane cu rol trofic și de protecție, numite meninge (spinale, la nivelul măduvei spinării și cerebrale, la nivelul encefalului).

Cele trei foițe meningiene sunt formate din:

– dura mater – o membrană fibroasă în contact cu osul

(spațiul subdural) = între dura mater și arahnoidă

– arahnoida – căptușește fața internă a durei mater

(spațiul subarahnoidian)

– pia mater – care acoperă țesutul nervos.

Spațiul subarahnoidian cuprins între arahnoida și pia mater conține lichidul cefalorahidian (LCR).

Sistemul nervos periferic

Sistemul nervos periferic (SNP) conține *prelungirile neuronilor*, care constituie nervii pe traiectul cărora se pot găsi și ganglioni. Prelungirile neuronilor sunt: axonul (prin care influxul nervos pleacă de la celulă) și dendritele (prin care influxul vine la celulă).

REȚINEȚI: corpii neuronali formează *substanța cenușie* a sistemului nervos, iar prelungirile acestora *substanța albă*.

Nervii periferici sunt fascicule de nervi individuali care sunt fie senzitivi, fie motori sau mixti.

Din nervii periferici fac parte nervii cranieni în nr. de 12 perechi şi nervii rahidieni.

II. SISTEMUL NERVOS VEGETATIV

Sistemul nervos vegetativ îşi poate coordona activitatea şi independent de voinţă, de aceea este numit şi sistem nervos autonom. Activitatea sa este reglată de segmentele superioare ale S.N.C. şi în mod special de scoarţă.

Sistemul nervos vegetativ (sau autonom) coordonează activitatea organelor interne: bătăile inimii, presiunea sanguină, distribuţia sângelui, frecvenţa mişcărilor respiratorii, secreţia etc. – prin reglarea funcţiilor cardiovasculare, respiratorii şi endocrine.

Simpaticul şi parasimpaticul exercită asupra fiecărui organ acţiuni antagoniste: unul stimulează, celălalt inhibă. Astfel, influxul simpatic creşte activitatea cardiacă, în timp ce influxul parasimpatic o diminuă. Dimpotrivă, influxul parasimpatic creşte activitatea digestivă, în timp ce influxul simpatic o inhibă.

Excitaţia simpatică măreşte catabolismul, în timp ce parasimpaticul creşte anabolismul.

Prin aceste acţiuni antagoniste, se favorizează menţinerea homeostaziei.

Explicarea unor termeni

tracturi/fascicule	= grupări de fibre nervoase situate în SNC, care conduc impulsurile nervoase ascendente = aferente, centrii MS spre centrii superiori descendente = eferente
ganglioni	= aglomerări de corpi neuronali situaţi în afara SNC senzitivi – aşezaţi pe rădăcina posterioară a nervilor spinali şi pe traiectul unor nervi cranieni – alcătuiţi din neuroni senzitivi vegetativi – se află de o parte şi de alta a coloanei vertebrale, în apropiere de viscere sau în peretele acestora – alcătuiţi din neuroni vegetativi
nucleu	= o grupare de corpi neuronali situaţi în SNC, iar prin centru nervos se înţelege aspectul funcţional al acestor nuclei
impuls sau influx nervos	= propagarea în sens centrifug sau centripet a undei de excitaţie într-o fibră nervoasă

Căile de transmitere ale sistemului senzitiv

– sunt fasciculele ascendente, aferente, centripete, care conduc influxul nervos de la centrii nervoşi din măduvă (primit de la piele, muşchi, tendoane, aponevroze) la centrii nervoşi superiori din encefal (bulb, cerebel, talamus).

Căile de transmitere ale sistemului motor

– sunt reprezentate de fasciculele descendente, centrifuge, eferente, care conduc influxul nervos de la scoarța cerebrală și ceilalți nuclei din encefal la neuronul motor periferic din coarnele anterioare ale măduvei spinării, care la rândul său trimite axonul la organele efectoare (ex. mușchi).

EDUCAȚIA PACIENTULUI CU AFECȚIUNI NEUROLOGICE

– în perioada embrionară, sifilisul, alcoolismul părinților, rubeola mamei pot leza creierul fragil al copilului
– sifilisul să fie tratat la timp și înainte de concepерea copilului
– să nu se abuzeze de alcool, mai ales în timpul concepției copilului
– mama să se ferească de boli în timpul sarcinii și să respecte regimul dietetic
– nașterea să se facă în unități spitalicești
– control periodic al acuității vizuale, al T.A.
– tratamentul H.T.A.
– evitarea stresului emoțional și a oboselii fizice
– alternarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus
– evitarea expunerii la căldură excesivă

EVALUAREA MORFO-FUNCȚIONALĂ A SISTEMULUI NERVOS

Aprecierea neurologică se face, de obicei, în funcție de starea persoanei și de graba cu care trebuie colectate datele și cuprinde:

Investigații radiologice	● *radiografia simplă* – a craniului – se pot determina anomalii traumatice, de dezvoltare sau modificări tumorale ale oaselor – a coloanei vertebrale – (cervicale , dorsale, lombare) ● *pneumoencefalografia* – constă în studiul morfologic al spațiilor subarahnoidiene și a ventriculilor cerebrali, care permite o localizare a leziunilor la creier. Examinarea se face prin injectarea de aer prin puncție suboccipitală sau lombară. Pregătirea pacietului este descrisă în „T.E.I." – Lucreția Tîlrcă. În completare, mai amintim câteva intervenții: – este necesar un consimțământ scris din partea pacientului sau a familiei – i se explică procedura: durata este de aproximativ 2 ore – se observă pacientul îndeaproape – pentru dureri de cap, greață, vomă sau orice schimbare a culorii sau a funcțiilor vitale După procedură: – pacientul rămâne culcat 24–48 ore, se supraveghează funcțiile vitale – durerea de cap poate dura 48 ore – până se absoarbe aerul

NOTĂ:
Pneumoencefalografia nu mai este folosită atât de frecvent ca altădată din cauza riscului pe care-l prezintă. Astfel, este contraindicată când există suspiciunea de hipertensiune intracraniană: riscul apariţiei herniei uncusului temporal şi al amigdalelor cerebeloase, cu posibila comprimare a trunchiului cerebral şi moarte

● *Ventriculografia* – indicată în caz de suspiciune de tumoare cerebrală
– este similară pneumoencefalografiei, cu excepţia faptului că aerul este introdus direct în ventriculi laterali, prin orificiile practicate în cutia craniană (trepanaţie)
– procedura se execută în sala de operaţie
– partea de sus sau din spate a capului este parţial rasă
– de obicei, este folosită anestezia generală (intravenoasă sau cu anestezice inhalatorii)
După procedură, la fel ca şi în cazul pneumoencefalografiei, este necesară observarea orificiului practicat (hemoragie, secreţie).
● *Mielografia* – se face prin injectarea unui gaz sau a unui lichid în spaţiul subarahnoidian prin puncţie lombară sau occipitală
– pacientul este poziţionat lateral, cu genunchii şi capul flectate (în cazul puncţiei lombare)
După procedură:
– substanţa opacă se extrage prin altă puncţie: dacă este lăsată, irită meningele.
● *Tomografia computerizată:*
– această tehnică realizează imagini detaliate (este mai eficientă şi pentru detecţia neoplaziei creierului)
Pregătirea pacientului:
– nu necesită nici o măsură specială de pregătire
– durata = aproximativ 20–30 minute – fără substanţa de contrast; 60 de minute, dacă este făcută cu substanţa de contrast
– procedura nu este dureroasă
– se face testarea sensibilităţii la iod, dacă se foloseşte substanţa de contrast.
După procedură: – nu apar efecte adverse.
● *Rezonanţa magnetică nucleară*

Această procedură foloseşte un magnet foarte puternic cu unde de radiofrecvenţă şi un computer pentru a produce imagini asemănătoare razelor X.

Această procedură este extrem de folositoare în vizualizarea zonelor creierului ce nu se vizualizează uşor, de exemplu trunchiul cerebral.

	Pregătirea pacientului: – nu este necesară o pregătire fizică – se îndepărtează obiectele ce ar putea fi vătămate de magnet (ceasuri, proteze metalice, pacemakerul) – se explică pacientului: durata aproximativ 60 minute ● *Angiografia cerebrală (angiograma)* vezi (T.E.I.) – arteriografia cerebrală – indicată pentru vizualizarea radiologică a sistemului arterial cerebral; uzual, vasele folosite pentru introducerea cateterului sunt: carotida, vasele vertebrale sau femurala; substanța de contrast se injectează atunci când se fac filmele. Pregătirea pacientului: – sedare, evaluarea funcțiilor vitale, testarea la iod, explicarea procedurii; durata 2–3 ore – anestezie locală la locul punctiei. **REȚINEȚI:** După extragerea cateterului se aplică presiune la locul punctiei cel puțin 5 minute. – se verifică frecvent locul punctiei pentru prezența unui eventual hematom – în cazul folosirii carotidei, se verifică eventuala apariție a dificultății respiratiei sau a deglutitiei – substanta folosită poate crește presiunea intracraniană **PRECIZARE:** Angiografia mai poate fi efectuată folosind accesul venos (flebografia). De obicei, cateterul este introdus în vena de la braț. În cazul efectuării unei flebografii epidurale lombare – cateterul se inserează în vena femurală, se conduce până la vena lombară ascendentă sau până la venele iliace interne. Se injectează, apoi, substanța de contrast. Această tehnică permite diagnosticarea herniilor discale lombare.
Examinări radioactive cu radioizotopi	● *Tomografia cu emisie de pozitroni* Aceasta implică folosirea unor substante radioactive, care emit electroni pozitivi (pozitroni). Pacientul fie inhalează gaz radioactiv, fie i se injectează o substanță radioactivă. ● *Encefalo-scintigrafia, gamaangio-encefalografia* – se injectează pe cale intravenoasă tehnetiu marcat și se studiază emiterea razelor gama, imediat și după 3–4 ore. Se utilizează pentru diagnosticarea tumorilor (mai ales meningeoame), hematoame, abcese și infarctul cerebral. La nivelul măduvei, se

	utilizează alte elemente radioactive (de ex. albumina serică umană, marcată cu iod radioactiv), care se injectează în L.C.R. prin puncţie lombară.
Examinări electrice	● *Electroencefalografia* (E.E.G.) – înregistrează activitatea bioelectrică a creierului. Legătura cu pacientul se face prin cabluri cu electrozi metalici. Se pot înregistra simultan 4, 6, 8, 10, 12 sau 24 derivaţii, după numărul canalelor pentru care sunt constiuite. Pe traseele obţinute, se pot distinge 4 tipuri de ritmuri cerebrale: alfa(α) = 8–12 c/s beta (β) = 14–30 c/s teta (θ) = 4–7 c/s delta (Δ) = 0,5 –3 c/s E.E.G.-ul se utilizează în: – diagnosticul diferenţial al formelor de epilepsie: al infecţiilor neurologice, al traumatismelor cerebrale, leziuni vasculare, tumori cerebrale. Pregătirea pacientului: – 3 zile înainte este interzisă medicaţia – scalpul şi părul să fie curate (se spală părul) – se încurajează pacientul să fie liniştit şi să se odihnească – se explică procedura: durata 1 oră sau mai mult; testul nu este dureros; electrozii sunt ataşaţi pe cap – pacientul stă confortabil într-un scaun sau este culcat pe pat, cu ochii închişi, nemişcat, pentru că biocurenţii produşi de contracţiile musculare modifică rezultatul – copiii mici sunt adormiţi şi apoi se face înregistrarea. ● *Electromiograma (E.M.G)* – măsoară activitatea electrică a muşchilor. Activitatea electrică poate fi auzită prin intermediul unui difuzor şi văzută pe un osciloscop şi poate fi desenată în acelaşi timp. E.M.G. ajută la identificarea problemelor neuromusculare – (compresiunea rădăcinilor nervilor, atingerea trunchiurilor nervilor periferici, miopatii); de asemenea, se poate face diagnosticul diferenţial între paraliziile de origine periferică şi paraliziile de origine centrală (prin examenul electric al nervilor şi muşchilor) Pregătirea pacientului: – se explică procedura, durata aproximativă 45 minute pentru un muşchi; se resimte un anume disconfort când sunt inseraţi electrozii (uneori, dureri mai intense) – curentul electric produce, de asemenea, disconfort Procedura: – electrozii sunt inseraţi pe muşchii scheletici – curentul electric trece prin electrozi

Puncţia **– lombară** **– occipitală**	Puncţia lombară se face pentru a măsura presiunea, pentru a extrage LCR, în vederea unor analize; aşa se verifică prezenţa sau absenţa sângelui. **IMPORTANT:** Puncţia lombară este contraindicată în caz de hipertensiune intracraniană – deoarece, prin extragerea de lichid, există riscul de a provoca accidente foarte grave. Reducerea rapidă a presiunii cauzează hernierea structurilor cerebrale (amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală), producând compresiune bulbară (asupra centrilor vitali), ceea ce poate cauza moartea. Pentru aceasta, toate puncţiile lombare trebuie să fie precedate de un examen al fundului de ochi – pentru a verifica presiunea intracraniană. *Pregătirea pacientului şi procedura sunt descrise detaliat în „Tehnici de evaluare şi îngrijire" – Lucreţia Titircă* Redăm doar câteva valori de referinţă ale LCR – presiune 70–180 mm de apă – glucoza 50–75 mg 100/ml; 2,70 –4,4 mmol/l – proteine 15–45 mg% – în prezenţa unor boli inflamatorii şi în prezenţa tumorilor cerebrale proteinele sunt crescute – gamaglobuline 3–9 % – elemente 0–4/mm^3 Tuberculoza si infecţiile virale pot cauza o creştere a limfocitelor.
Examenul fundului de ochi	Examenul fundului de ochi (oftalmoscopia) poate pune în evidenţă: – o stază pupilară (semn de hipertensiune intracraniană şi atrofie optică). Examenul F.O. şi măsurarea tensiunii în artera centrală a retinei (TACR) sunt descrise în Breviar – Lucreţia Titircă.
Echo-encefalo-grafia	Examinarea se face cu ajutorul ultrasunetelor
Examene de laborator	**Examenul sângelui** – ionograma – R.B.W. – analiza gazelor – nivel de medicamente **Examenul urinei** – electroliţii eliminaţi

APRECIEREA STĂRII NEUROLOGICE

Asistentele profesioniste sunt implicate în aprecierile inițiate și continue ale stării neurologice a pacientului.

Cu toate că datele colectate vor folosi și medicului, primul scop este de a permite asistentei să identifice gradul în care pacientul este capabil să efectueze activități de autoîngrijire și de a aprecia modul în care aceste activități sunt limitate de deficitele identificate la nivelul capacităților motorii, senzoriale, afective sau intelectuale.

Această analiză atentă va conduce la planuri cuprinzătoare de îngrijire.

Activitatea, care este una din nevoile de bază, depinde de un sistem nervos intact și de un sistem osteoarticular intact.

Culegerea datelor	*Interviu:* – când a intervenit boala – instalarea simptomelor (durere de cap, vertij, modificări de vedere, slăbiciune) – date psihosociale (membrii familiei, relațiile și interacțiunea lor, aspectul etnic, interese extraprofesionale, ocupație, educație, modul în care activitățile zilnice sunt efectuate, tensiune la serviciu) – se apreciază modul de comportare (iritabilitate, pierderea memoriei, agnozie) – starea de sănătate a familiei NOTĂ: Reamintim definirea *noțiunii de gnozie:* Capacitatea specială de a recunoaște excitațiile venite din mediul exterior sau din corpul nostru prin intermediul oricărora simțuri speciale (de exemplu, capacitatea de a recunoaște obiectele) = *gnozie.* Absența acestor capacități= agnozie.
Probleme	**Manifestări de dependență** (Semne și simptome)
Tulburări ale motilității – diminuarea forței musculare	– *parezã* – diminuarea tortei musculare – *paralizie* – absența completă a tortei musculare – *hemiplegie* – paralizia unei jumătăți de corp – *paraplegie* – paralizia părții inferioare a corpului – *diplegie* – paralizia părților similare (simetrice) ale celor 2 jumătăți ale corpului – *monoplegie* – paralizia unui singur membru – *tetraplegie* – paralizia celor patru membre NOTĂ: paraliziile se datoresc fie leziunii căii piramidale, fie neuronului motor periferic.

– modificări de tonus muscular	– *hipertonie* – sau contractură musculară – exagerarea tonusului – *hipotonie* – musculară – diminuarea tonusului NOTĂ: Tulburările de tonus pot exista şi asociate cu paralizia – astfel: hipertonia + paralizia = paralizie spastică hipotonia + paralizia = paralizie flască
Tulburări ale ortostaţiunii şi mersului	Studiul ortostaţiunii şi mersului ne furnizează date asupra forţei musculare şi asupra tonusului muscular al membrelor inferioare şi ale echilibrului: – *mers tatonat* (în Tabes) mersul este necoordonat, pacientul aruncând picioarele şi lovind pământul cu călcâiele. – *mers cosând* (în hemiplegie, în stadiul de recuperare) gamba este rigidă, membrul inferior este întins = aspectul fiind de mers cosând – *mers stepat* – gamba fiind ridicată sus, pentru a nu lovi pământul cu vârful piciorului (leziuni ale nervului motor periferic – polinevritic) – *ataxie* – tulburări de coordonare a mişcărilor Poate fi: – *ataxie statică* – tulburări de echilibru stând în picioare, risc de cădere – *ataxie locomotrice* (kinetică) – tulburări de echilibru în mers
Mişcări anormale	– *tremurături* (boala Parkinson, alcoolism, Basedow, scleroză în plăci); pot fi generalizate sau localizate (la mâini, cap) – *spasme* şi *crampe* – contracturi (tetanie, tumori cerebrale, tetanos) – *convulsiile* – crize de contracţii musculare, urmate de relaxare (epilepsie, hipertensiune intracraniană) – *ticuri* – mişcări clonice involuntare, rapide, care se repetă în mod stereotip: ale ochilor, gurii, braţului, piciorului – *miocloniі* – contracţii involuntare bruşte ale unui muşchi sau grup de muşchi – *mişcări coreice* – mişcări involuntare dezordonate bruşte şi rapide – (coree) – *mişcări atetozice* – mişcări involuntare lente – (leziuni extra-piramidale)
Tulburări de sensibilitate – subiective	Parestezie: – senzaţii de înţepătură – furnicături – amorţeli

	REȚINEȚI: senzația penibilă de înțepătură, furnicături, amorțeli, apărută fără o cauză aparentă, se numește parestezie Durerea: – durerea de cap – își are sursa în multe procese patologice. Din perspectiva neurologică, durerea de cap poate avea mai multe cauze: tumori, hemoragii intracraniene, inflamația meningelui, dilatarea vaselor cerebrale, traumatisme craniene, hipoxia cerebrală, boli sistemice, ale ochiului, urechii sau sinusurilor.
– obiective	Se caută prin diferite metode: sensibilitate superficială (tactilă, termică și dureroasă) și sensibilitate profundă (artrokinetică și vibratorie). Tulburări ale sensibilității obiective: În terminologia neurologică, se desemnează: – anestezie – pierderea sensibilității (zone ale pielii, în care senzația este absentă) – hipoestezie – diminuarea sensibilității – hiperestezie – accentuarea anormală a sensibilității pielii – până la senzația dureroasă
Tulburări ale reflexelor	*O mișcare reflexă* este o contracție musculară involuntară provocată printr-un stimul – *areflexia* – abolirea reflexelor – *hiperreflexia* – exagerarea reflexelor – *hiporeflexia* – diminuarea reflexelor Se cercetează: *a) Reflexele osteotendinoase* (se examinează prin percuția unui tendon) și sunt reflexe de întindere a mușchilor = miotatice. – r. achilian (Tendonul achilian) – r. rotulian (Tendonul rotulian) – r. biciptal (Tendonul bicepsului la plica cotului) – r. triciptal (Tendonul tricepsului, în vecinătatea olecranului) *b) Reflexe cutanate:* – r. cutanate abdominale (se obțin prin atingerea peretelui abdominal cu partea neascuțită a unui ac) – r. cutanat plantar (excitarea marginii externe a plantei – semnul Babinski) *c) Reflexe vegetative:* – reflexul pupilar la lumină (proiecția unui fascicul luminos pe pupilă – provoacă mioza) *d) Reflexe mucoase* – Reflexe superficiale ale nervilor cranieni: – r. cornean (atingerea corneei cu o bucățică de vată – este absent, în comă) – r. palatin (atingerea mucoasei palatine) – r. faringian (atingerea mucoasei faringiene)

Tulburări trofice	– atrofie musculară – escare cutanate – anchiloză articulară
Tulburări sfincteriene	– retenţie – urinară; fecală (constipaţie) – incontinenţă – urinară; fecală **DE REŢINUT:** Tulburările sfincteriene pot fi cauzate de abolirea controlului voluntar asupra reflexelor de micţiune şi de defecaţie sau de abolirea acestor reflexe.
Comunicare ineficientă la nivel intelectual şi afectiv	În cadrul alterării stării mentale, pot apărea: ● tulburări la nivel intelectual: – capacitatea de a gândi abstract (se poate testa rugând pacientul să explice un proverb) – dezorientare în timp şi spaţiu (se pun întrebări: data, locul) – pierderea memoriei (se pun întrebări, fapte recente, fapte din trecut) ● tulburări la nivel afectiv – fugă de idei – logoree, mutism – stare depresivă sau euforică, anxietate, apatie, iritabilitate, agresivitate, idei de suicid, idei de persecuţie – labilitate emoţională (dispoziţia trece repede de la o extremă la alta) – dispoziţia persoanei este nepotrivită subiectului discuţiei (Vezi „Ghid de Nursing" – Nevoia de a comunica)
Tulburări de limbaj	● dizartria – dificultate în articularea cuvintelor ● anartria – imposibilitatea de a articula cuvintele ● afonie – pierderea vocii ● afazie – pierderea capacităţii de a se exprima corect verbal sau în scris sau de a înţelege limbajul vorbit sau scris
Tulburări de praxie	– apraxie – incapacitatea de a executa corect gesturile (de exemplu: manipularea adecvată a obiectelor uzuale)
Tulburări de conştienţă	– somnolent, obnubilat, confuz, stupor, coma [(superficială, medie, profundă (carus), ireversibilă (depăşită)]

EXAMENUL NERVILOR CRANIENI

Nervii transmit mesaje de la şi către muşchii care îi permit persoanei mişcarea şi activităţi zilnice.

Afectarea nervilor cranieni produce diferite dereglări ca de exemplu: pierderea vederii la un ochi, inegalitate pupilară, o slăbire unilaterală a muşchiului maseter,

perturbarea gustului, mirosului, paralizie facială, greutate în deglutiţie, dificultate în a ridica umerii sau a întoarce capul.

Pentru a identifica prezenţa unor asemenea leziuni, trebuie testat fiecare nerv cranian prin examenul nervilor craniени.

Nervii afectaţi	Manifestări de dependenţă (Semne şi simptome)
– nervul nr. I (olfactiv)	Acest nerv este testat rugând pacientul să ţină ochii închişi şi să identifice mirosul. Substanţa mirositoare (cafea, tutun, săpun, mentă) este ţinută în dreptul fiecărei nări, în timp ce cealaltă nară este blocată. – anosmie – absenţa mirosului – hiposmie – diminuarea simţului olfactiv – parosmie – confundarea mirosului DE REŢINUT: Tumorile la baza lobului frontal şi traumatismele cranio-cerebrale sunt cauze frecvente ale anosmiei neurogenice. (Cauzele rinogene trebuie excluse înainte de stabilirea diagnosticului)
– nervul nr. II (optic)	– amauroza (orbire) – pierderea completă a vederii – ambliopie – diminuarea acuităţii vizuale – îngustarea câmpului vizual – scotom – puncte luminoase sau o pată care maschează o parte a câmpului vizual – hemianopsie – pierderea vederii la cei doi ochi în jumătatea câmpului vizual – acromatopsie – abolirea perceperii culorilor – daltonism – abolirea perceperii anumitor culori (în general, roşu şi verde) – hemeralopie – scăderea vederii în condiţii de iluminare redusă – nictalopie – vedere mai bună seara decât ziua
– nervul nr. III, IV şi VI (oculo-motor, comun, trohlear, oculo-motor extern)	– ptoză (căderea) pleoapei superioare (III) – diplopie – vedere dublă (III, IV, VI) – midriază – dilatarea pupilei – strabism – vedere sasie – amizocorie – inegalitate pupilară
– nervul V (trigemen)	Este un nerv mixt, având o componentă motorie şi una senzitivă. Este cel mai mare nerv cranian. Partea motorie inervează muşchii temporali şi cei maxilari: partea senzitivă inervează corneea, faţa, capul şi orice membrană mucoasă.

	Testarea componentei senzitive se face din punct de vedere al durerii, temperaturii, atingerii şi prin aprecierea reflexului corneean. Lezarea acestui nerv produce: – nevralgie facială – anestezia feţei, mucoasei bucale, nazale etc. – trismus – încleştarea maxilarelor – prin contractura maseterilor
– nervul VII (facial)	Nerv mixt, care este responsabil de mişcarea facială şi de senzaţia gustativă. Partea motorie se testează rugând pacientul să realizeze anumite mişcări faciale. Examinatorul observă slăbiciunea musculară: incapacitatea de a zâmbi, de a închide complet ambii ochi, de a arăta dinţii, de a strânge buzele, de a umfla obrajii. Senzatia gustativă este testată plasând sare, zahăr sau o substanţă amăruie pe limbă pentru a fi identificată. Leziunile nervului facial produce paralizia facială: – ochiul larg deschis (lagoftalmie) – comisura bucală mai coborâtă de partea bolnavă – gura este deviată de partea sănătoasă – nu poate fluiera şi sufla
– nervul nr. VIII (acustico-vestibutar)	– vertij – tulburări de echilibru – nistagmus – mişcări oscilatorii ritmice ale globilor oculari în toate direcţiile – surditate – testare cu diapazonul şi audiometria
– nervul nr. IX, X, XI (glosofaringian, vag, spinal)	– tulburări de gust, anestezia fundului gâtului, tulburări de deglutiţie pentru solide (nr. IX) refularea pe nas a lichidelor (nr. X, XI) – disfagic – paralizia laringelui, a vălului palatin (nr. X, XI) şi a muşchilor sterno-cleido-mastoidian (nr. XI) – afonie (în paralizia bilaterală a nervului nr. X)
– nervul nr. XII (hipoglos)	– hemiparalizia şi hemiatrofia limbii cu tulburări în articularea cuvintelor, în masticaţie şi înghiţire

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ (H.T.I.C.)

Generalităţi

Cutia craniană conţine encefalul (parenchimul nervos), lichidul cefalorahidian şi vasele de sânge.

Orice mărire a volumului conţinutului cutiei craniene produce creşterea presiunii intracraniene, deoarece cutia craniană este închisă, rigidă, inextensibilă.

Fiecare din cele trei sectoare – parenchimatos, lichidian şi vascular – pot fi interesate izolat sau în asociere. Izolat, H.T.I.C. poate apărea prin:

1. acumulare de lichid transsudativ în ţesutul cerebral = *edem cerebral* (în tulburările de vasomotricitate cerebrală, în boli care distrug permeabilitatea membranelor celulare, permeabilitatea capilarelor, în unele intoxicaţii, neuroinfecţii, alergii);

2. H.T.I.C. prin prezenţa de L.C.R. în exces = hidrocefalie (după meningite, hemoragii subarahnoidiene, după traumatisme cranio-cerebrale, tumori cerebrale);

3. H.T.I.C. de cauză vasculară:

– existenţa unui obstacol pe căile venoase cerebrale va conduce la acumularea de sânge la nivel cerebral

– vasodilataţia excesivă a arterelor; distensia pasivă a vaselor – în cazul hipertensiunii arteriale paroxistice.

Culegerea datelor	Circumstanţe de apariţie: – blocarea drenajului sistemului ventricular, absorbţia scăzută a conţinutului cranian etc. (vezi generalităţi) – presiunea intracraniană poate să crească şi temporar pentru o perioadă scurtă (efor: de defecaţie, strănut, tuse). După ce aceste cauze se întrerup, presiunea revine la normal. Manifestări de dependenţă în **H.T.I.C.** (Semne şi simptome) **Cefaleea** – apare la 90% dintre pacienţi; intensitatea durerilor se accentuează progresiv în a doua parte a nopţii, spre dimineaţă – se accentuează după strănut, tuse şi schimbarea poziţiei capului – localizarea cea mai frecventă este, fie occipito-cervicală, fie fronto-supraorbitară sau cele două zone asociate – diminuă după vărsături – nu cedează la antialgice Observaţie: Cefaleea poate să lipsească în tabloul clinic al H.T.I.C. **Vărsăturile** – spontane – explozive (în jet) – neprecedate de greţuri – nu sunt legate de alimentaţie – provocate, uneori, de mişcarea capului **Vertij** – senzaţie de ameţeală **Tulburări vizuale** – paralizia nervilor oculo-motori, cu dedublare etc. –dedublarea imaginii – diplopie (dedublarea dispare când pacientul închide sau îşi acoperă un ochi) – vedere estompată

	Edem papilar – se descoperă la examenul oftalmoscopic (dilatarea venelor retiniene, prezenta unor mici zone hemoragice în retină) **Semnul pupilei** – inegalitate pupilară (midriază unilaterală) Eventual, pe măsură ce T.I.C. creşte, are loc dilatarea bilaterală **Tulburări psihice** – apatie, indiferenţă, diminuarea atenţiei, somnolenţă, dezorientare, scăderea capacităţii intelectuale, confuzie **Tulburări vegetative** – bradicardie, dar pe măsură ce P.I.C. continuă să crească poate apărea tahicardie – bradipnee; dificultate respiratorie prin hipoxie. Hipoxia cauzează şi creşterea P.I.C. **Crize epileptice** (vezi epilepsia, manifestări şi probleme) **Complicaţii potenţiale** – sindrom de angajare (hernii cerebrale), deplasarea unei porţiuni din creier într-un orificiu inextensibil (de exemplu, angajarea amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală)
Problemele pacientului	–cefalee – disconfort (durere din cauza tensiunii exercitată asupra vaselor sanguine intracraniene) – vărsături – modificări ale respiraţiei, circulaţiei – dezechilibru fizic – modificarea percepţiei senzoriale: vederea – modificarea procesului gândirii; modificarea stării de conştientă – complicaţii potenţiale: – hipoxia cerebrală, modificarea integrităţii fizice
Obiective	Pacientului: – să i se reducă P.I.C. – să i se diminueze durerea de cap – să i se diminueze vărsătura – să i se menţină funcţiile vitale în limite normale, permeabilitatea căilor respiratorii, oxigenarea creierului – să coopereze în măsura capacităţii sale – să-i fie menţinută orientarea pacientului – să nu prezinte complicaţii
Intervenţii	**Rol propriu şi delegat** ● *pentru reducerea presiunii intracraniene:* – ridic capul pacientului faţă de pat, sub un unghi de 15–30 de grade (facilitează drenajul venos) – îi sfătuiesc să reducă activităţile care măresc presiunea intracraniană

– să evite flectarea coapselor, gâtului, să evite rotirea capului

– pentru prevenirea efortului de defecație, administrez, la indicația medicului, un laxativ ușor

– îl sfătuiesc să evite contracțiile izometrice – pentru că maresc tensiunea arterială, deci și presiunea intracraniană

– să evite întoarcerea în pat.

În cazul că îi este permisă întoarcerea, mișcarea în pat, îl învăț să expire când le execută.

● *Monitorizez echilibrul hidric:*

– limitez consumul de lichide

– monitorizez eliminarea (eventual, prin intermediul unui cateter – mai ales dacă se administrează manitol)

● *Intervenții legate de durere, respirație, comunicare*

– încerc să ajut pacientul să identifice cauza durerii (conflicte, anxietate, oboseală, stres, alte cauze psihologice); localizarea, caracterul durerii, momentul apariției (spre dimineață), dacă durerea se intensifică la efort, tuse, strănut

– aplic comprese reci pe frunte, care pot alina durerea

– asigur menținerea oxigenării creierului (hipoxia cerebrală este prevenită prin menținera funcționalității căilor respiratorii și reducerea P.I.C.)

– stabilesc o comunicare cu pacientul folosind atingerea, vocea calmă, liniștită, negrăbită; îi vorbesc încet și clar

– stau în fața pacientului când îi vorbesc

– îi mențin orientarea prin a-i explica tot ceea ce fac

– mențin un mediu bine luminat

– diplopia poate fi eliminată prin intermediul unui pansament la ochi

– așez un calendar la vedere

– îi asigur securitatea ca acesta să nu se lezeze pe sine

– ajut familia să înțeleagă ce se întâmplă, îi spijin în ceea ce decid.

● *La indicația medicului:*

– administrez oxigen înainte și după aspirație

– pot fi instituite respirațiile controlate, pentru a reduce P CO_2 (reducând, astfel, vasodilatația)

– administrez lichide intravenos (manitol, soluții de glucoză hipertone (20-50%), corticoizi) sau soluții clorurate izotone

IMPORTANT:
Intervenția asistentei (de schimbare a poziție, de aspirație) să se facă la intervale mai mari, numai când este necesar, pentru a-i permite pacientului să se odihnească.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU TULBURĂRI COMIŢIALE – EPILEPSIE

Epilepsia este o manifestare convulsivă paroxistică, cu debut şi sfârşit brusc, caracterizat (în cazul crizelor majore) de pierderea conştienţei, însoţită de convulsii tonico-clonice.

Cauzele:

1. În epilepsia boală (epilepsia esenţială):
   – tulburările genetice
2. În epilepsia secundară sau simptomatică:
   – tumorile cerebrale, A.V.C., infecţii (meningite, abcesul cerebral, tromboflebita cerebrală)
   – traumatismele cranio-cerebrale
   – boli metabolice sau intoxicaţii
   – insuficienţă renală, hiponatriemie, hipocalcemie, hipoglicemie
   – anoxie cerebrală.

Tipuri de epilepsie cu pierderea stării de conştienţă

Criza majoră generalizată (criza grand mat)
Criza minoră (criza petit mat)
Starea de rău epileptic (statusul epileptic major)

Culegerea datelor	Circumstanţe de apariţie: (vezi cauzele epilepsiei) **Manifestări de dependenţă** (Semne şi simptome) **Criza majoră (grand mat)** Se caracterizează prin crize convulsive cu pierderea conştienţei. Criza majoră cuprinde următoarele faze: ● *faza prodromală poate apărea cu câteva ore sau cu câteva zile înaintea crizei, cu următoarele manifestări:* – migrenă, nevralgii, parestezii, stare de rău nedefinit, tulburări de comportament (depresie, furie, irascibilitate, agresivitate sau din contră, euforie) ● *criza propriu-zisă, care cuprinde:* a) *aura epileptică* – semne care preced criza cu câteva zeci de secunde – mioclonii la nivelul unui segment, clipitul pleoapelor, furnicături, arsuri, halucinaţii vizuale, olfactive, auditive (zgomote), anxietate Aura avertizează pacientul despre iminenţa unei crize, permiţându-i acestuia să ia poziţii de protecţie (să se aşeze sau să se culce pentru a nu cădea). Aura nu apare însă întotdeauna. Debutul este, în general, brutal: –paloare bruscă, pierderea conştienţei şi prăbuşirea pacientului

	b) *pierderea conştienţei* – urmată, imediat, de: – *convulsie tonică* – contracţie bilaterală tonică a tuturor muşchilor; picioarele întinse; braţele îndoite; maxilarul încleştat; ochii se dau peste cap; pupilele se dilată şi devin fixe; – oprirea respiraţiei; cianoză. Această fază tonică durează 15–20 secunde, după care apar: – *convulsiile clonice* – durează 1–2 minute – mişcări violente anarhice ale membrelor, capului, muşcarea limbii, spumă abundentă la nivelul gurii (uneori, sanguinolentă), incontinenţă de urină şi fecale. După faza clonică – individul pare ameţit, confuz, dureri de cap, dureri musculare, respiraţie zgomotoasă, uneori criza este urmată de stare comatoasă sau de un somn profund, cu reflexe abolite, midriază. După revenire – amnezia crizei este totală.
	Criza minoră (petit mal) – pierderea stării de conştienţă – câteva secunde (10–20), fără căderea pacientului – pacientul îşi întrerupe activitatea, persistă doar activităţile automate (mersul, deglutiţia, mestecatul etc.)
	Starea de rău epileptic – manifestările – ca şi la criza majoră, dar în acest caz crizele tonico-clonice se repetă şi pacientul rămâne în stare de inconştienţă
Probleme	În criza de epilepsie: – oprirea respiraţiei – din cauza contracţiei tonico-clonice – risc de sufocare – din cauza convulsiilor şi căderii limbii – risc de traumatizare – leziuni, muşcarea limbii – alterarea percepţiei senzoriale (vizuală, auditivă, kinestezică) – incontinenţă (urină, fecale) – din cauza relaxării post-critice ale sfincterelor – deficit de cunoaştere în prevenirea sau rărirea crizelor. **Între crize:** – dificultate de a-şi asuma roluri sociale: – din cauza frecvenţei crizelor – dificultate de a se realiza – din cauza riscului potenţial pentru anumite profesii –depresie – perturbarea stimei de sine – în unele forme, deteriorare psihică progresivă
Obiective imediate	– să i se asigure funcţionalitatea căilor respiratorii – să nu-şi muşte limba – să fie protejat de traumatisme, leziuni.

	ATENȚIE! – nu forțez deschiderea maxilarelor în timpul convulsiei – nu imobilizez forțat, pentru că se pot produce fracturi din cauza contracturii musculare puternice.
Obiective pe termen lung	– să i se reducă crizele ca frecvență și intensitate – să-și amelioreze adaptarea psiho-socială – să-și amelioreze depresia – să știe să-și urmeze medicația – să fie capabil să recunoască semnele prodromale
Intervențiil în cursul crizei	– nu las niciodată persoana singură – așez persoana în poziție orizontală (pe pat, podea) – introduc între dinți (arcadele dentare), pe partea laterală, un obiect moale (de cauciuc sau orice material textil), o batistă rulată. Nu se forțează maxilarul. – desfac cravata, gulerul, centura – pentru a nu fi împiedicată respirația – îndepărtez obiectele tari, mobile, din jur, pentru a preveni lezarea – întorc corpul sau capul într-o parte, pentru a ajuta pacientul să respire – eventual, imobilizez pacientul pentru a se evita lovirea – ridic barete laterale de protecție, căptușesc patul (în anumite situații) – monitorizez funcțiile vitale și vegetative – curăț cavitatea bucală **Intervenții după criză** – verific permeabilitatea căilor respiratorii – atenție la căderea protezei dentare în trahee – aspir secrețiile (saliva, secrețiile bronșice) – verific eventualele leziuni sau limba mușcată – în caz de hipotermie – sticle cu apă caldă – în caz de hipeipirexie – impachetări reci – asigur igiena corporală (după incontinență) – ajut pacientul să se orienteze în mediul înconjurător **OBSERVAȚIE:** După crize, poate apărea tusea, urmare a aspirației de salivă în căile respiratorii. În acest caz se întoarce capul pacientului spre stânga sau se așază în poziție de drenaj postural. **Intervenții cu rol delegat:** – pregătesc și administrez medicamente anticonvulsivante la indicația medicului: ● *la pacienți cu accese subintrante – tranchilizante, hipnotice, antispastice, narcotice, decontracturante și curalizante* ● *în caz de hiperpirexie: antitermice*

Intervenţii între crize – Educaţia pacientului	Sfătuiesc persoana: – să trăiască cât mai normal posibil – să evite activităţile periculoase: condusul maşinii, activitatea la înălţime, înotul – să evite alcoolul, să ia medicamentele cu regularitate, să se odihnească adecvat (somn 8 ore/zi). Îl încurajez să depăşească problemele psiho-sociale, să nu privească crizele epileptice ca pe o catastrofă, ci ca pe un eveniment care poate fi rezolvat raţional – amintindu-i câteva personalităţi istorice, care au suferit de epilepsie (Napoleon, Iulius Cezar, Lord Byron şi alţii). Încerc să cooperez cu familia pentru a-i face să înţeleagă problemele ce rezultă din epilepsie şi faptul că această situaţie nu trebuie să transforme persoana într-un invalid cronic. Una din cele mai importante aspecte ale intervenţiei este de a schimba atitudinea pacientului faţă de boală. În educaţia pacientului, trebuie inclusă şi familia, în legătură cu folosirea medicamentelor (doză, oră, raportarea efectelor secundare), importanţa respectării tratamentului între crize.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU BOALA PARKINSON (PARALIZIA AGITATĂ)

Afecţiune neurologică care atinge centrii cerebrali responsabili de controlul şi coordonarea mişcărilor. Se caracterizează printr-o bradikinezie (mişcări lente), printr-un tremur de repaus, o hipertonie musculară, faţă cu aspect de mască (încremenită) şi un mers încet cu paşi mici.

Cauza bolii nu este cunoscută. Unii cercetători consideră ateroscleroza ca pe un factor care poate cauza boala. De asemenea: socul emoţional, traumatismele, unele intoxicaţii (oxid de carbon), infecţiile virale, unele medicamente (neuroleptice, antidepresive) sunt adesea menţionate ca fiind cauze ale apariţiei parkinsonismelor secundare.

Culegerea datelor	Manifestări de dependenţă (Semne şi simptome) **Tremurul** – este un semn clar al bolii; începe cu un tremur încet şi progresează aşa de încet, încât persoana nu-şi aduce aminte când a început – tremuratura parkinsoniană *este o tremurătură de repaus*, care dispare în timpul mişcărilor voluntare – tremurătura degetelor mâinii seamănă cu mişcarea de numărare a banilor; la nivelul picioarelor, tremurătura imită mişcarea de pedalare

	Hipertonie musculară – întepenirea mușchilor – mișcările devin mai încete (bradikinezie), mai puțin îndemânatice – rigiditate a feței (fața capătă aspectul unei măști), vorbirea devine monotonă și apare dizartria – rigiditatea musculară cuprinde treptat musculatura limbii, a masticației, apare dificultatea de a înghiți cu hiperptialism (salivă în exces)
	Postura și mersul – în ortostatism, pacientul are trunchiul și capul aplecat înainte (exagerarea reflexelor posturale) – mersul este caracteristic, pacientul tinde să meargă pe degetele picioarelor, cu pași mici, târșâiți, trunchiul este aplecat în față, membrele superioare cad rigid lateral și nu se balansează în timpul mersului. **NOTĂ:** Toate semnele și simptomele se accentuează în prezența oboselii, tensiunii nervoase, excitării. Pe măsură ce boala progresează, severitatea simptomelor se accentuează și, în cele din urmă, pacientul nu mai poate merge.
Problemele pacientului	– diminuarea mobilității fizice – din cauza rigidității – necoordonarea mișcărilor – legat de leziunile sistemului nervos – postură inadecvată – legat de rigiditate – deficit în autoîngrijire (hrănit, spălat, îmbrăcat) – din cauza tremurăturilor accentuate în mișcarea intenționată – pertubarea imaginii de sine – alterarea comunicării verbale (dizartrie)
Probleme potențiale	– risc de accident (cădere) – risc de depresie
Obiective pentru pacient	– să se străduiască să-și amelioreze mobilitatea fizică – să-și controleze parțial coordonarea mișcărilor – să știe să preîntâmpine accentuarea posturii inadecvate – să-și câștige și să-și păstreze, pe cât posibil, autonomia în autoîngrijire – să exprime sentimente pozitive – să-și păstreze capacitatea de vorbire – să nu se rănească – să nu prezinte depresie, să-și exprime interesul pentru activități zilnice

Intervenţiile asistentei	Planifică: – program zilnic de exerciţii fizice, care cresc forţa musculară, atenuează rigiditatea musculară şi menţin funcţionalitatea articulaţiilor – mersul, înotul, grădinăritul, bicicleta ergonomică – exerciţii de extensie şi flexie a membrelor; de rotaţie a trunchiului, asociate cu mişcarea braţelor (exerciţii active şi pasive) – exerciţii de relaxare generală, asociate cu exerciţii de respiraţie – exerciţii posturale. Asistenta sfătuieşte pacientul: – să meargă ţinându-se drept, asigurându-şi o bază de susţinere mai mare (mersul cu picioarele îndepărtate la 25 cm) – să facă exerciţii de mers în ritm de muzică – să forţeze balansarea membrelor superioare şi să-şi ridice picioarele în timpul mersului – să facă paşi mari, să calce mai întâi cu călcâiul pe sol şi apoi cu degetele – să-şi ţină mâinile la spate, când se plimbă (îl ajută să-şi menţină poziţia verticală a coloanei şi previne căderea rigidă a braţelor lateral) – în perioadele de odihnă, să se culce pe un pat tare, fără pernă, sau în poziţie de decubit ventral (aceste poziţii pot ajuta la preîntâmpinarea aplecării coloanei în faţă) – când este aşezat în fotoliu, să-şi sprijine braţele pe fotoliu, putându-şi, astfel, controla tremurul mâinilor şi al braţelor Pentru câştigarea şi păstrarea autonomiei în autoîngrijire: – să folosească îmbrăcăminte fără nasturi, încălţăminte fără şireturi, lingura mai adâncă pentru supă, carne tăiată mărunt, cana cu cioc. Pentru a evita căderile: – în locuinţă se recomandă parchet nelustruit, fără carpete, linoleum antiderapant, W.C.-uri mai înalte, balustrade de sprijin – înainte de a se ridica din pat, să stea aşezat câteva momente pe marginea patului. Pentru a-şi păstra capacitatea de a vorbi, să facă exerciţii de vorbire. Pentru prevenirea depresiei şi ameliorarea stării afective, se planifică: – program de activităţi zilnice (să lucreze cât mai mult posibil) – obiective realiste – discuţii cu membrii familiei pentru a găsi metodele care să-i asigure pacientului o viaţă normală şi sprijin psihologic.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU TUMORI CEREBRALE

Tumorile pot fi benigne sau maligne.

Întrucât tumorile benigne pot să apară, uneori, în zonele vitale, ele pot avea aceleaşi consecinţe grave ca şi tumorile maligne.

Tumorile intracraniene pot fi primare (care apar din celulele ţesuturilor cerebrale) şi secundare sau metastatice, care provin cel mai frecvent de la un cancer pulmonar, genital, al tubului digestiv, osos, cutanat sau alte organe.

Tumorile cerebrale sunt numite după numele ţesuturilor în care apar; astfel, deosebim:

gliomul – reprezintă cam jumătate din tumorile cerebrale; apare în orice parte a ţesutului conjunctiv

meningiomul – apare în învelişurile meningelui

neuromul – tumoare de nervi cranieni (neuronul acustic)

angiomul – tumoare a vaselor de sânge

Manifestări de dependenţă
(Semne şi simptome)

Simptomele tumorilor intracraniene rezultă din efectele locale şi generale ale tumorii. O tumoare cerebrală de orice tip, situată oriunde în interiorul cavităţii cerebrale, poate cauza *creşterea presiunii intracraniene*.

Tumorile produc, prin creşterea lor, fenomene de comprimare la nivelul encefalului, care se vor manifesta (iii afară de semnele de localizare) prin semnele sindromului de H.T.I.C.

Conţinutul cutiei craniene neavând unde să se extindă (deoarece cutia craniană este închisă, rigidă), masa cerebrală va avea tendinţa să hernieze, iar hernia cerebrală, odată declanşată, reprezintă un grad maxim de gravitate.

Manifestările de dependenţă vor fi, deci, manifestările sindromului de H.T.I.C.

Simptomele din H.T.I.C. (vezi tema anterioară)	– cefalee – vărsături – tulburări vizuale – edem papilar – tulburări psihice – tulburări vegetative
Simptome în funcţie de localizarea tumorii	**Zona în care este localizată:** *Lobul frontal* – paralizii sub formă de monopareze (monoplegii) brahiale sau crurale, hemipareze (hemiplegii) de partea opusă leziunii – tulburări de personalitate – schimbare de comportament (tendinţa de a face glume vulgare) – depresie, indiferenţă, scăderea atenţiei, neglijenţă – scăderea memoriei (hipoamnezie) – tulburări de echilibru şi coordonare

	– crize de epilepsie de tip jacksonian (motorii) – paralizii faciale de partea opusă lobului bolnav – cefalee localizată în dreptul lobului lezat *Lobul occipital* – tulburări vizuale (hemianopsie, cecilate) – halucinaţii vizuale, agnozie vizuală (nu recunoaşte obiecte sau persoane cunoscute) – cefalee cu localizare occipitală *Lobul temporal* – halucinaţii vizuale, olfactive sau gustative – crize epileptice parţiale – afazie, depresie, adesea agitaţie – tulburări de echilibru *Lobul parietal* – tulburări de sensibilitate (hipoestezie, parestezii) de partea opusă lobului afectat – pierderea discriminării stânga-dreapta (nu ştie care este partea dreaptă sau partea stângă) –apraxie – tulburări de orientare în spaţiu – crize epileptice jacksoniene (senzitive) în membrele şi hemifaţa opusă lobului lezat *Ventricul cerebral* – cefalee intermitentă, care apare şi dispare în funcţie de schimbarea de poziţie a capului – somnolenţă – crize de epilepsie – apar şi dispar brusc
Problemele pacientului	– alterarea percepţiei senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, gustativă, tactilă, olfactivă – alterarea procesului de gândire – teamă – disconfort – durere – modificarea perfuziei ţesutului cerebral (H.T.I.C.) – deficit de cunoaştere – a stării de sănătate – modificări ale mobilităţii fizice – dezechilibru.

NOTĂ:
Obiectivele pacientului şi intervenţiile asistentei – sunt cele descrise la îngrijirea pacienţilor cu H.T.I.C.

Deoarece aceşti pacienţi vor fi supuşi unor intervenţii chirurgicale, vom descrie îngrijirile (intervenţiile asistentei) preoperatorii şi postoperatorii:

ÎNGRIJIRI PREOPERATORII
– PACIENȚI CU TUMORI CEREBRALE –

Intervențiile asistentei (cu rol propriu și delegat):

– acordă sprijin psihologic pentru pacient și familie = intervenție prioritară
– încurajează pacientul și familia să-și exprime temerile (temerile pot fi în legătură cu modificarea înfățișării, de dependență, de moarte)
– înregistrează datele de bază ale aprecierii neurologice și fiziologice
– urmărește obținerea acordului scris pentru operație (solicitat de neurochirurg) de la cea mai apropiată rudă, în cazul în care pacientul nu este capabil să semneze acest acord.

PRECIZARE: chiar și atunci când pacientul și-a dat consimțământul, rudele apropiate trebuie consultate și să-și dea consimțământul înainte de operație.

– explică tratamentul și procedurile (chiar dacă nu este sigură că pacientul sau familia le înțelege)
– favorizează întâlnirea pacientului (dacă acesta dorește) cu persoana căiuia dorește să i se confeseze înainte de operație
– păstrează părul (după raderea capului), pentru a fi dat pacientului, deoarece acesta poate fi folosit la o perucă
– pregătește familia pentru când vor vedea prima oară pacientul după operație: pansament la cap; edeme sau echimoze ale feței, care îi vor distorsiona aspectul (stare mentală temporar redusă, afazie).

DE ȘTIUT:

În unele spitale, există obiceiul de a rade părul pacientului numai în zona în care acesta trebuie operat.
Părul frontal poate fi, uneori, lăsat pentru ca, după operație, să poată fi pieptănat (pentru a acoperi cicatricea).

Nu se administrează clisme înainte de operație, din cauza pericolului creșterii presiunii intracraniene prin efortul depus și din cauza absorbției lichidului.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Intervențiile asistentei (rol propriu și delegat):

Pregătește materialele necesare pentru îngrijirea postanestezică:
– dispozitiv pentru aspirație cu catetere
– spatulă linguală
– trusă pentru puncție lombară și substanțe pentru urgențe medicale (stimulente cardiace și respiratorii, medicamente anticonvulsive, Amytal)
– seringi, ace intravenoase și hipodermice
– trusă pentru traheostomie – să fie disponibilă.

Supraveghează pacientul în perioada postoperatorie.

● observă – semnele creşterii presiunii intracraniene (vezi cap. H.T.I.C.)
– funcţiile vitale şi vegetative: respiraţia, T.A., puls, temperatură, diureză
– culoarea tegumentelor
– starea de conştienţă
– reacţia pupilelor

● orice modificare apărută, care prevesteşte hemoragia sau iritarea creierului sau alte simptome, trebuie raportate imediat neurochirurgului.

Asigură poziţia pacientului

● aşază pacientul în poziţia indicată de medicul neurochirurg în funcţie de starea pacientului (conştient, inconştient, intubat sau detubat) şi în funcţie de actul chirurgical:

– decubit lateral sau semidecubit ventral, cu faţa în jos – pacientul comatos neintubat, pentru a asigura o respiraţie adecvată, pentru a preveni aspirarea lichidelor traheo-bronşice.

Dacă a fost excizată o tumoră mare, pacientul nu va fi culcat pe partea afectată (pericol de deplasare a structurilor cerebrale sub influenţa greutăţii).

Dacă operaţia a fost efectuată în zona supratentorială, pacientul va fi aşezat în:

– poziţie semişezând, asigurată prin ridicarea părţii cefalice a patului la 45 grade şi prin plasarea unei perne mari sub capul şi umerii pacientului: se diminuează, astfel, posibilitatea hemoragiei, se asigură o mai bună circulaţie a lichidului cefalorahidian şi se uşurează întoarcerea circulaţiei venoase.

Dacă a fost excizată o tumoră infratentorială, patul trebuie menţinut orizontal, iar pacientul va fi:

– culcat pe o parte, cu o pernă mică aşezată sub gât.

ATENŢIE!
● Trebuie evitată orice flectare a gâtului, fie pe linia mediană, fie lateral (pericol de apariţie a unor complicaţii respiratorii şi a comprimării trunchiului cerebral).

Supraveghează pacientul inconştient:

– pentru a nu-şi smulge pansamentul, sondele, canula de perfuzie; pentru a nu se leza singur (să nu se zgârie, lovească).

Pentru a preveni aceste lezări, unii pacienţi trebuie protejaţi prin bandajarea mâinilor, folosirea mănuşilor fără degete, aplicarea unei tesături de bumbac pe mâna care se fixează cu benzi adezive la nivelul încheieturii. Degetele trebuie separate cu tifon, pentru a preveni iritarea pielii.

Supraveghează pansamentul capului şi îngrijeşte plaga operatorie:

– se verifică gradul de îmbibare a pansamentului cu sânge, cu secreţii.

Dacă are o culoare verzuie, se anunţă imediat medicul, deoarece indică (probabil) pierderea de lichid spinal. Pansamentele care devin umede trebuie înlocuite de neurochirurg.

– uneori, pansamentul poate fi scos în prima sau a doua zi după operaţie, ca rana să fie expusă circulaţiei aerului. (Dacă nu este acoperit capul, există, însă, riscul ca pacientul să se scarpine).

– se supraveghează drenul (dacă există).

Mulţi pacienţi preferă să poarte calote pentru acoperirea capului.

Pacientul la care porţiunea de os îndepărtată (pentru craniotomie) nu a fost pusă la loc va avea o depresiune în scalp şi trebuie prevenit de pericolul de a lovi capul în această zonă.

Anunţă medicul ori de câte ori apar manifestări patologice:

- dispnee (respiraţie stertoroasă, respiratie Cheyne-Stockes etc.)
- hipotensiune
- cresterea T.A., asociată cu bradicardie accentuată; tahipnee; vomă explozivă (indică creşterea tensiunii intracraniene)
- apariţia unor paralizii, rigiditate, convulsii, afazie (trădează apariţia hematomului)
- dilatarea pupilelor, care devin fixe (apare în edem cerebral ireversibil).

La indicaţia medicului, asistenta va efectua *îngrijiri cu rol delegat,* **astfel:**

● *pentru corectarea hipotensiunii*

- transfuzii de sânge sau substituenţi, perfuzie cu noradrenalină, Hemisuccinat de hidrocortizon, cardiotonice etc.

● *pentru problemele respiratorii:*

- administrează oxigen (hipoxia creşte edemul cerebral); dacă pacientul nu este intubat, se pregăteşte materialul necesar pentru intubaţie; aparatele de respiraţie asistată.

● *pentru corectarea creşterii tensiunii intracraniene:*

- pregăteşte şi administrează medicaţia prescrisă de medic (glucoză hipertonică, sulfat de magneziu, manitol, dextran 40, diuretice); administrează, de asemenea, medicamente analgezice, sedative, neuroleptice (la cei foarte agitaţi).

Hipertermia de origine centrală se combate prin mijloace fizice (împachetări în cearceafuri ude), administrare de medicamente, dacă sunt prescrise (algocalmin, clordelazin).

Alimentaţia pacienţilor inconştienţi sau cu tulburări de deglutiţie se va face parenteral şi prin sondă gastrică, evitându-se supraîncărcarea cu lichide (pericol de edem cerebral). Staza gastrică şi vărsătura de origine centrală se combat prin drenaj pe sondă gastrică permanentă.

- din moment ce reflexul de înghiţire şi velopalatin sunt prezente, lichidele se administrează oral.
- se urmăreşte cu stricteţe bilanţul hidro-electrolitic.

Eliminarea

- trebuie avut grijă ca pacientul să elimine suficient; în caz de retenţie urinară, se instalează sonda vezicală „a demeure"
- se combate constipaţia prin laxative sau purgative uşoare (pacientul trebuie instruit să nu depună eforturi la defecare).

Asigurarea confortului

- durerea de cap, prezentă în primele 24-48 ore, se combate cu medicamente prescrise de medic, administrate parenteral sau oral (sulfat de codeină - parenteral, aspirină oral sau rectal)
- o compresă cu gheată, pusă pe cap, ameliorează durerea de cap.

Mobilizarea

– în funcţie de actul operator, mobilizarea poate fi făcută în a doua sau a treia zi
– se face treptat – mai întâi, se aşază pacientul în poziţie Foufer, apoi, trebuie să stea pe marginea patului, cu picioarele atârnând
– apoi, după 4–6 ore, este aşezat în fotoliu (o jumătate de oră).

ATENŢIE! Se verifică posibila hipotensiune posturală a pacientului.

PRECIZARE:
– tusea şi voma trebuie evitate (cresc presiunea intracraniană)
– aspiraţia – dacă este indicată – trebuie făcută încet şi cu atenţie pentru prevenirea tusei; se evită aspirarea pe nas, exerciţiile pentru respiraţie profundă nu trebuie urmate de tuse
– prevenirea complicaţiilor pulmonare, a escarelor, a tromboflebitelor se face după tehnicile cunosute, pentru pacienţii imobilizaţi.

Participarea familiei la planurile de îngrijire pe termen lung:
– membrii familiei pot prezenta reacţii emoţionale severe şi dificultăţi de adaptare, care nu pot fi depăşite timp îndelungat (săptămâni, luni), încât, uneori, este nevoie să se apeleze la un psihiatru sau psiholog şi pentru ei.

Trebuie sfătuită familia cum să sprijine pacientul, să aibă grijă să nu facă remarci lipsite de tact în faţa acestuia, lucru care i-ar accentua anxietatea, depresia, frica.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR COMATOŞI

PRECIZARE: **Stările comatoase: manifestările de dependenţă, măsurile de urgenţă şi măsurile de îngrijiri generale sunt detaliate în: „Urgenţe medico-chirurgicale" şi în „Breviar de explorări funcţionale şi de îngrijiri speciale acordate bolnavului", autor Lucreţia Titircă.**
Vom face doar câteva completări privind culegerea de date şi problemele pacientului.

Culegerea datelor	Anamneza se obţine de la familie sau de la alte persoane semnificative: – când a apărut coma – simptomele concomitente – prezenţa durerii – prezenţa simptomelor vizuale – anamneza unor cauze (traumatisme, modificările tensionale, supradozare de medicamnete, ingestie de alcool etc.) Date obiective: – funcţiile vitale – semnele de la nivelul pupilei (dimensiune, egalitate, reacţii)

– examinarea reflexului corneei (prin apăsarea uşoară a corneei cu o bucată de tifon; reflex intact = clipirea ochilor)

– examinarea reflexului velopalatin (atingerea ambelor părţi ale faringelui cu o spatulă linguală); absenţa acestui reflex indică pericolul aspirării alimentelor şi lichidelor.

PRECIZARE: Pentru o apreciere de urgenţă a stării de conştienţă (profunzimea comei), se poate folosi Testul Glasgow. Acesta presupune acordarea de note la următoarele date clinice:

a) examinarea reacţiei oculare la diferiţi stimuli (deschiderea ochilor – spontan la stimuli)

b) examinarea răspunsului verbal

c) examinarea răspunsului motor la un stimul (exemplu la un stimul dureros, pacientul duce mâna la locul dureros, încercând să se apere)

Se acordă note pentru fiecare din cele trei date clinice.

Scala Glasgow pentru comă

NOTĂ: *Ochii deschişi*

4 – spontan

3 – la cerere

2 – la aplicarea unor stimuli dureroşi (supraorbital, asupra patului unghial)

1 – ochii nu se deschid

Cel mai bun răspuns verbal

5 – orientat în timp, spaţiu şi faţă de persoane

4 – este confuz

3 – răspunde fragmentar, cu pauze lungi

2 – emite sunete neinteligibile

1 – nu răspunde la întrebări

Răspunsul motor

5 – execută mişcarea solicitată de examinator (exemplu: deschide gura)

4 – duce mâna la locul unde s-a produs stimulul dureros

3 – reacţionează la stimuli dureroşi prin flexia unui membru, fără orientare spre locul dureros

2 – reacţionează la stimuli dureroşi prin extensia membrelor

1 – nici o reacţie motorie

Prin totalizarea notelor de la cele trei date clinice, pacientul poate prezenta:

nota maximă (4 + 5 + 5) = 14	= nu este în comă
nota între 9 – 13	= comă reversibilă
nota între 6 – 8	= comă profundă
nota între 3 – 5	= comă gravă

Problemele pacientului comatos	– respiraţie ineficientă (acumulare de secreţii şi hipotonia vălului palatin) – circulaţie inadecvată (modificarea perfuziei ţesutului cerebral, slaba irigare a ţesuturilor, imobilitate) – alterarea comunicării la nivel senzorial şi motor (inconştienţă) sau allerarea percepţiei senzoriale (vizuală, auditivă, gustativă, tactilă, olfactivă, kinestezică) – imobilitate (inconştientă, deficit motor) – incapacitate de a se alimenta şi hidrata (dificultate de deglutiţie, inconştienţă, incapacitate de a ingera alimente şi lichide) – risc de alterare a mucoaselor: bucală, conjunctivală (lipsa igienei bucale, uscarea mucoaselor) – risc de alterare a integrităţii pielii (imobilitate, alterarea perfuziei tisulare periferice) – incapacitate de a-şi acorda îngrijiri igienice (inconştienţă, deficit motor) – alterarea funcţiei de eliminare intestinală şi urinară (incontinentă, abolirea refluxului sfincterian) – modificări ale temperaturii (tulburări de termoreglare)

Obiectivele şi Intervenţiile asistentei (vezi „Breviar de îngrijiri speciale" – Lucreţia Titircă)

Câteva pecizări legate de interventiile asistentei:

– se vorbeşte cu pacientul înainte de a-l atinge

– palparea şi masarea uşoară a abdomenului poate servi şi ca stimulare a peristaltismului

– îndepărlarea lentilelor de contact cu atenţie să nu se producă lezarea corneei.

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe psihiatrice

EDUCAŢIA SANITARĂ PENTRU PREVENIREA BOLILOR PSIHICE

– igiena sarcinii: a se evita traumele psihice, stările tensionale, alcoolul, tutunul, medicamentele, drogurile

– asigurarea unui climat familial cald, afectuos, echilibrat, pentru o bună dezvoltare psihică a copilului

– abordarea adolescentului cu înţelegere şi sfaturi competente în timp util, pentru a evita deprinderile neigienice, dăunătoare dezvoltării psihice (alcool, droguri)

– asigurarea unei atmosfere de înţelegere şi respect în familie şi la locul de muncă; evitarea conflictelor relaţionale, a stărilor tensionale

– informarea tinerilor căsătoriţi asupra cerinţelor vieţii de familie, pentru a evita traumele psihice ulterioare (divorţ)

– orientarea profesională conform aptitudinilor şi dorinţei individului, pentru a evita traumele legate de schimbarea locului de muncă sau recalificare

– pregătirea pentru schimbări fiziologice sau evenimente din viaţă (pensionare, menopauză), pentru a evita stările depresive, sentimenul de inutilitate, nervozitate)

– evitarea surmenajului psihic

– regim de viaţă echilibrat: alternarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus, activitate reconfortantă, recreativă

– evitarea consumului de alcool, droguri, cafea în exces, condimente

– tratarea precoce a afecţiunilor organice (endocrine, metabolice, renale, cardiace, neurologice)

EVALUAREA FUNCŢIILOR PSIHICE

– nivelul de conştienţă

– un pacient conştient răspunde prompt la întrebări şi percepe ceea ce se întâmplă în jurul său

– pe măsură ce conştienţa sa se diminuează, este mai puţin capabil de a se concentra şi mai puţin cooperant

– pentru evaluarea nivelului de conştienţă se poate utiliza scara Glasgow

– comportament şi înfăţişare

– se vor observa atitudinile şi reacţiile pacientului în timpul examenului fizic

– aspectul său reflectă modul cu care se percepe (se va observa dacă veşmintele sunt potrivite locului şi sezonului)

– vorbire, limbaj

– se va cere pacientului să numească obiecte care-i sunt arătate şi să citească cu voce tare fraze simple

– capacitatea de a înţelege şi rezolva probleme: prin teste, convorbiri

– orientare: să redea corect locul unde se află, de când, data prezentă

– învăţare: (de exemplu: să demonstreze modul de efectuare a igienei cavităţii bucale)

– memorie (imediată, recentă, trecută)

– se va cere pacientului să repete o serie de numere, crescând progresiv numărul cifrelor

– se va cere să-şi amintească evenimentele produse în ziua respectivă

– se va cere pacientului să numească antecedente medicale sau familiale; să-şi spună data naşterii

– gândire: se va cere să interpreteze, să explice fraze simple

– judecată: va fi pus să explice ce va face în anumite situaţii (ex. ce va face dacă s-ar îmbolnăvi şi este singur acasă)

– funcţia senzorială şi de percepţie

– se vor oferi diverşi stimuli (luminoşi, auditivi, olfactivi, tactili) şi se va observa modul de reacţie al pacientului

– afectivitate: prin observarea pacientului (trist, anxios, agresiv)

ASPECTE ALE ÎNGRIJIRII PACIENŢILOR PSIHICI

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie: factori de risc* – condiţii nefavorabile ale mediului extern (calamităţi naturale, război) – factori genetici – afecţiuni în timpul sarcinii (lues, rubeolă) – traumatisme obstetricale – traumatisme şi infecţii care produc leziuni ale creierului – stări conflictuale, tensionate: în familie, la locul de muncă – evenimente pe parcursul vieţii (decesul persoanelor dragi, divort, schimbarea locului de muncă, pensionare, şomaj) – profesii cu responsabilităţi crescute, desfăşurate în zgomot şi încordare psihică – surmenaj intelectual – perioade critice ale vieţii (pubertate, sarcină, lactaţie, menopauză) – boli metabolice, endocrine, neurologice, infecţioase, intoxicaţii – ore de somn insuficiente – consum de alcool, droguri

● *manifestări de dependenţă (semne şi simptome posibile)*

– tulburări ale stării de conştienţă
  – nu reacţionează la stimuli
  – reacţionează doar prin aplicarea diverşilor stimuli asupra sa
  – manifestă dezinteres faţă de lumea exterioară
  – înţelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul său
  – este dezorientat
  – este confuz

Aceste manifestări diferă în funcţie de gradul alterării constienţei: somnolenţă, obnubilare, sopor, comă.

– tulburări de percepţie
  – hiperestezie
  – hipoestezie
  – iluzii
  – halucinaţii (auditive, tactile, olfactive)

– tulburări de gândire
  – idei delirante legate de persoana sa (sentiment de vinovăţie faţă de cei din jur: se consideră deosebit de ceilalţi; se consideră foarte bolnav) sau de mediul înconjurător (este convins că semenii au ceva cu el, că vor să-i facă rău, că este supravegheat şi observat permanent, că este înşelat, ameninţat)
  – fuga de idei (manie, isterie)
  – idei prevalente (nevroze, psihopatii)
  – idei obsesive (stări depresive, nevroze)
  – lipsa coerenţei în vorbire
  – oprire bruscă în timpul expunerii

– tulburări de memorie
  – hipomnezia sau amnezia (pot avea drept consecinţă dezorientarea în timp, spaţiu, faţă de propria-i persoană şi confabulaţia)

– tulburări ale dispoziţiei
  – depresie
  – euforie nejustificată, cu un comportament agitat, haotic
  – stare de spirit schimbătoare

– tulburări afective
  – furie
  – agresivitate
  – violenţă
  – apatie
  – labilitate emoţională (plâns)

– tulburări de voinţă
  – dificultate în luarea unei decizii
  – activităţi nefinalizate
  – însuşirea cu uşurinţă a convingerilor celor din jur

– tulburări de activitate (cantitativă sau calitativă)
  – diminuarea sau accelerarea mişcărilor
  – epuizare rapidă după activităţi relativ uşoare
  – efectuarea mai multor activităţi în acelaşi timp
  – agitaţie psihomotorie
  – catatonie, catalepsie
  – negativism
  – cleptomanie
  –piromanie
  – stereotipie
– tulburări de comunicare (verbală sau scrisă)
  –logoree
  – mutism
  – bâlbâială
  – eroare verbală
  – utilizarea unui ton prea ridicat sau prea monoton
  – graforee
  – retuzul scrisului
  – deficienţe de caligrafie, dispunere în pagină, utilizarea unor semne personale
– tulburări de comportament instinctual
  – exagerarea sau diminuarea instinctului alimentar (bulimie sau anorexie nervoasă)
  – perversiuni sexuale
  – exagerarea sau scăderea instinctului matern
– diminuarea instinctului de conservare (tentativă de autoagresiune, suicid)
– tulburări organice (creier, cord, ficat, rinichi etc.) în abuz de alcool, droguri **Fig. 53, Fig. 54**

DE REŢINUT:
– după aprecierea funcţiilor psihice, se vor culege informaţii referioare la:
  – habitat: aspectul locuinţei şi starea de igienă, aranjament interior, decoraţiuni interioare
  – familie: rolul pacientului în familie, calitatea relaţiilor, existenţa unor conflicte trenante (având în vedere subiectivismul familiei, se pot cere relaţii şi de la prietenii apropiaţi, vecini)
  – loc de muncă: încadrare afectivă în colectiv, randament profesional, stări conflictuale şi motivele acestora, aspecte antisociale
  – starea de igienă: a tegumentelor, aspectul vestimentaţiei
  – comportament în trecut
  – modul de dezvoltare a personalităţii
  – starea morfofuncţională a diferitelor organe şi aparate

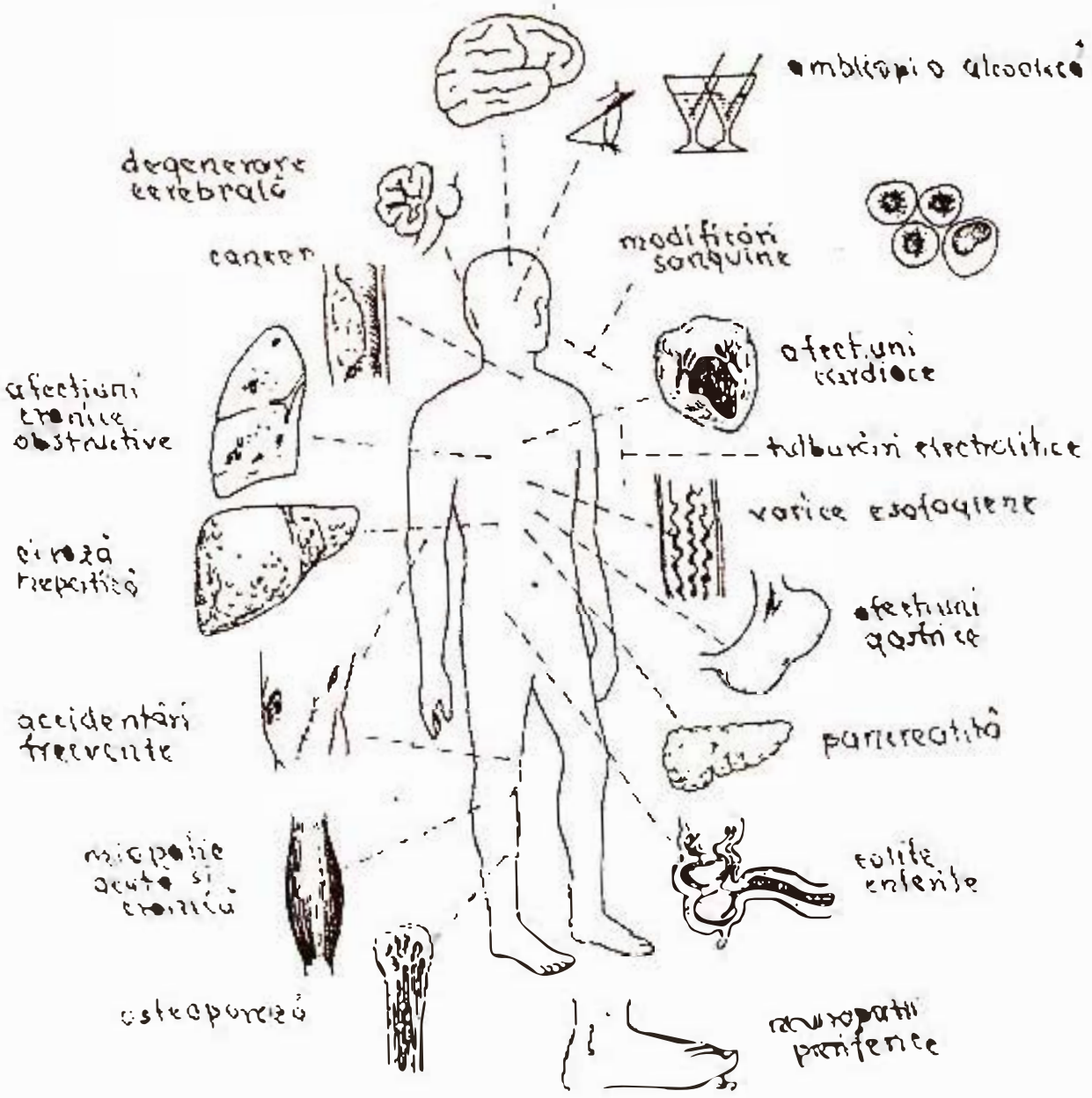


Fig. 53 – *Manifestări organice în abuz de alcool*

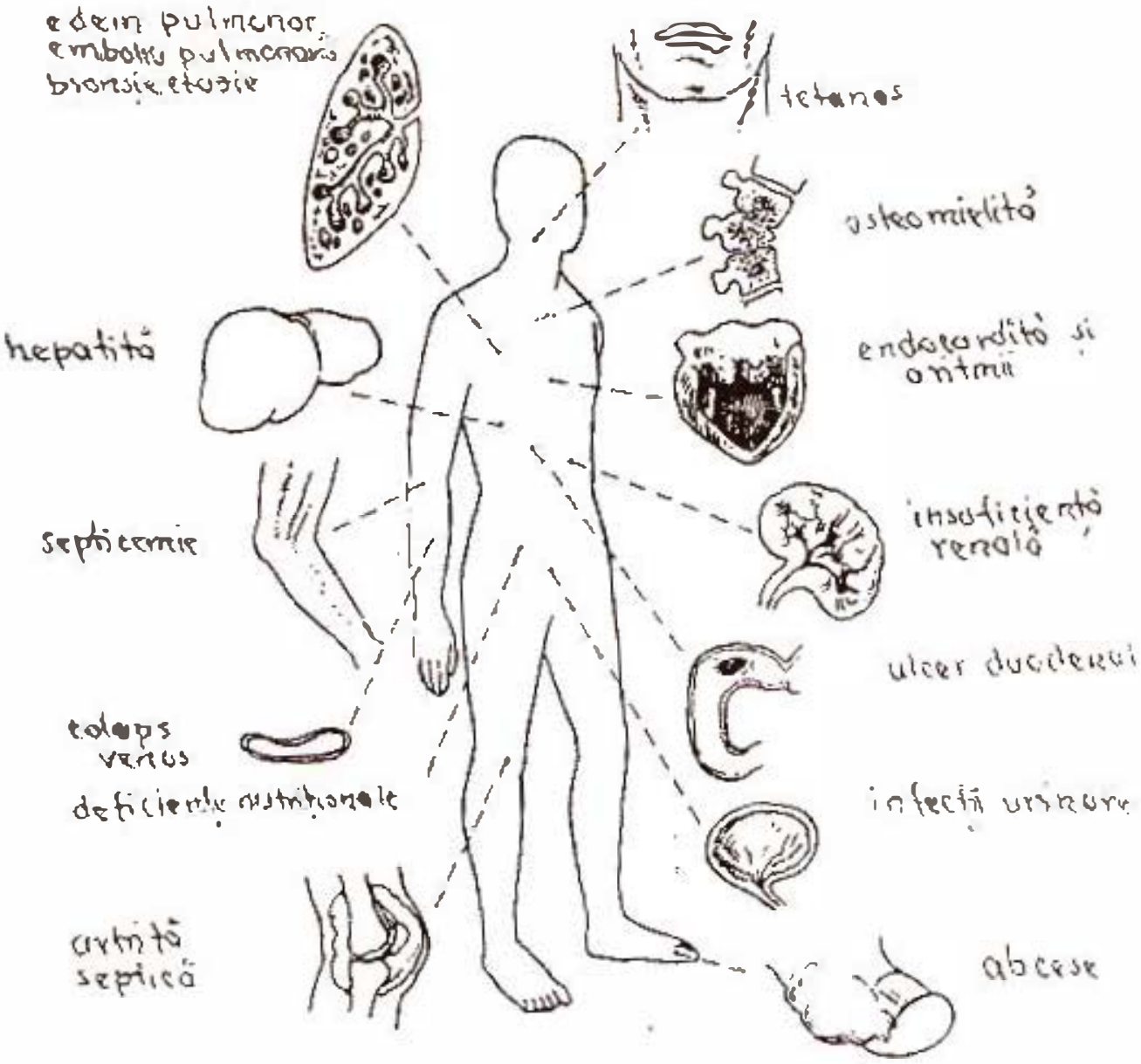


Fig. 54 – *Manifestări organice în toxicomanii*

	– pentru a putea obține informații pertinente, în timpul interviului este necesar să se câștige încrederea pacientului prin: – ascultare atentă – examinare fără prezența altor persoane – utilizarea unui vocabular accesibil – evitarea comentariilor față de pacient – neîntreruperea expunerii ● *examinări paraclinice* – radiologice: radiografie craniană, arteriografie, tomografie computerizată, mielografie – electroencefalogramă – examen genetic – examene citogenetice (cariotipul, testul Barr) – examinări morfologice (dermatoglifele palmare) – examinări de laborator – sânge (V.S.H., glicemie, uree, acid uric, creatinină, colesterol, V.D.R.L., probe de disproteinemie) – urină – sumar – L.C.R. – examen psihologic – teste de personalitate – teste de investigare a atenției, memoriei
Problemele pacientului	– alterarea nutriției: deficit (actuală sau potențială) cauze: – refuz de alimentație (psihoze) – aport insuficient față de necesități (agitație psihomotorie) – anorexie nervoasă (tulburări nevrotice) – alterarea nutriției: exces (actuală sau potențială) cauze: – aport excesiv față de necesități (comportament maniacal, bulimie nervoasă) – diminuarea interesului față de efectuarea activităților cotidiene cauze: – stare depresivă – comportament psihotic – comportament maniacal – alterarea respirației: dispnee cauze: – anxietate – tulburări nevrotice – potențial de alterare a integrității fizice (suicid, autotraumatizare) cauze: – depresie – stare maniacală – comportament psihotic – demență – alterarea comunicării: prezența ideilor delirante cauze: – halucinații – agitație psihomotorie

	– alterarea somnului: insomnie, nevoie redusă de somn cauze: – depresie – comportament maniacal – deficit de autoîngrijire cauze: – agitaţie psihomotorie –demenţă – comportament psihotic – anxietate cauze: – incapacitate de adaptare la mediu – dificultate de exprimare a nevoilor – stres excesiv
Obiective	Vizează: – liniştirea pacientului – diminuarea manifestărilor comportamentale – asigurarea unui aport alimentar în funcţie de necesităţi – asigurarea unui somn corespunzător din punct de vedere cantitativ şi calitativ – prevenirea accidentării – prevenirea complicaţiilor imobilizării voluntare – redobândirea interesului pentru desfăşurarea unor activităţi – reluarea relaţiilor interpersonale
Intervenţii	– asigurarea microclimatului corespunzător (să ofere siguranţă, contact cu realitatea); cameră liniştită, lipsită de excitanţi, temperatură optimă, posibilităţi de a asigura semiobscuritatea – utilizarea comunicării terapeutice – mesajul verbal să fie clar – pacientul să fie ascultat atent, să fie lăsat să-şi exprime sentimentele, să spună ce-l preocupă – să fie încurajat pentru comunicarea cu alţii (familie, ceilalţi pacienţi) – să se menţină pacientul la subiectul discuţiei (atenţie să nu intre şi mai mult în confuzie!) – dacă nu vrea să vorbească, i se va oferi alt moment – în timpul discuţiei, se va ţine cont de starea pacientului: pentru cei depresivi se va folosi un dialog încurajator – orientarea permanentă în timp şi spaţiu – supravegherea atentă a pacientului pentru a observa apariţia unor modificări de comportament sau modificării fiziologice: – crearea stărilor de tensiune în relaţia cu ceilalţi pacienţi – apariţia intenţiilor de agresiune sau a tentativelor de suicid – apariţia stării de depresie – tulburării digestive: vărsături, constipaţie

	– asigurarea alimentaţiei – în funcţie de necesităţi şi preferinţele pacientului – se va stimula apetitul – se vor oferi cantităţi mici de alimente, la intervale scurte de timp – în caz de agitaţie psihomotorie, se va recurge la atimentatie prin sondă – în caz de refuz alimentar, se utilizează alimentaţia parenterală – se vor corecta carenţele vitaminice – supravegherea somnului în vederea asigurării perioadelor de repaus reconfortant – nu va fi lăsat în timpul zilei să se odihnească prea mult timp – la nevoie, i se vor administra medicamentele prescrise de medic (sedative, somnifere) şi se va urmări efectul terapeutic al acestora – se vor afla de la pacient motivele neliniştii din timpul nopţii – vor fi înlăturaţi factorii iritanţi – asigurarea îngrijirilor igienice – se va stimula pacientul să se spele, să se îmbrace, acordându-i-se timp suficient – va fi îndrumat în efectuarea îngrijirilor igienice (la nevoie, va fi ajutat) – se va schimba lenjeria de pat şi de corp ori de câte ori este nevoie – în caz de agitaţie psihomotorie – imobilizarea pacientului (manuală, cu cearceafuri, chingi) – montarea de apărători sau plase pe lateralele patului – protejarea împotriva lezării prin aşezarea de pături, perne în jurul pacientului – hidratarea pacientului ţinând cont de pierderile de lichide prin transpiraţie, tahipnee – stimularea pacientului în efectuarea unor activităţi – se va stabili un program de activităţi agreate de pacient, pentru a preveni plictiseala – activitatea va fi dozată conform cu posibilităţile pacientului – se vor evita elementele competiţionale în activitate – se va începe cu activităţi individuale, apoi, treptat, se va trece la activităţi în grup – pacientul va fi recompensat prin laude – prevenirea izolării prin stimularea relaţiilor interpersonale – organizarea de activităţi recreative în grup – să se intervină atunci când pacientul are senzaţia că nu este acceptat de ceilalţi pacienţi

– în caz de agresivitate, când pacientul devine periculos pentru el şi pentru ceilalţi pacienţi
  – identificarea cauzei care a determinat schimbarea comportamentului
  – liniştirea pacientului
  – izolare temporară, dacă situaţia devine ameninţătoare
– urmărirea funcţiilor vitale şi vegetative
  – puls, T.A., temperatură, respiraţie
  – pierderile de lichide prin diureză, transpiraţii, tahipnee
  – tranzitul intestinal (combaterea constipaţiei)
– aplicarea măsurilor de prevenire a complicaţiilor imobilizării voluntare (escare, hipotensiune ortostatică, constipaţie, tromboflebite etc.)
– participarea la măsurile terapeutice aplicate:
  – insulinoterapie
  – şoc electric
  – somnoterapie
  – psihoterapie (individuală, în grup, meloterapie, ergoterapie)
– administrarea tratamentului medicamentos (neuroleptice, antidepresive, tranchilizante, hipnotice)
  – se va explica pacientului necesitatea tratamentului şi cooperării
  – se va manifesta răbdare şi blândeţe
  – se va urmări dacă pacientul ia tratamentul oral (pot stoca medicamentele în scop suicidar)
– menţinerea legăturii cu familia
  – încurajarea familiei pentru a se implica în suportul emoţional de a vizita pacientul.

DE PRECIZAT:

Intervenţiile vor fi diferenţiate în funcţie de comportamentul pacientului: anxios, depresiv, maniacal, psihotic.

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni reumatismale

NOŢIUNI INTRODUCTIVE

Bolile reumatice sunt vechi ca şi omul. ele afectând oasele şi articulaţiile. Aceşte boli constituie una din cauzele de suferinţe fizice şi pierderi economice pe motiv de boală prin incapacitatea temporară de muncă pe care o creează. Ele implică probleme ale individului, familiei şi comunităţii.

Rolul asistentei medicale în îngrijirea pacienţilor cu aceste suferinţe prezintă particularităţi în raport cu cauza şi evoluţia acestor îmbolnăviri:

- *Boli reumatismale inflamatorii* – cu evoluţie acută RAA (reumatism articular acut)
  – cu evoluţie cronică PR, SA (poliartrită reumatoidă. spondilită anchilozantă)
- *Boli reumatismale degenerative* – artroze – gonartroză, coxartroză, spondiloză
- *Boli reumatismale abarticulare* – PSH (periartrită scapulohumerală), nevralgie sciatică. nevralgie cervicobrahială
- *Boli reumatismale metabolice* – gută **Fig. 55, Fig. 56**

NOŢIUNILE DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE ALE OASELOR ŞI ARTICULAŢIILOR

Au fost prezentate în capitolul „Îngrijirea pacienţilor cu afectiuni ale aparalului locomotor".

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN VEDEREA PREVENIRII BOLILOR REUMATISMALE

Asistenta medicală din dispensare medicale teritoriale, din întreprinderi şi instituţii, şcoli, prin activitatea sa, contribuie la prevenirea formelor inflamatorii şi a formelor cronice degenerative de reumatism. cât şi la apariţia unor complicaţii grave, cu modificări scheletice invalidante.

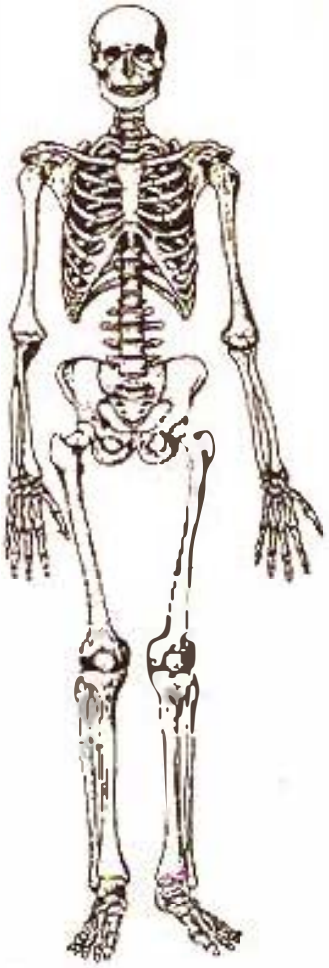
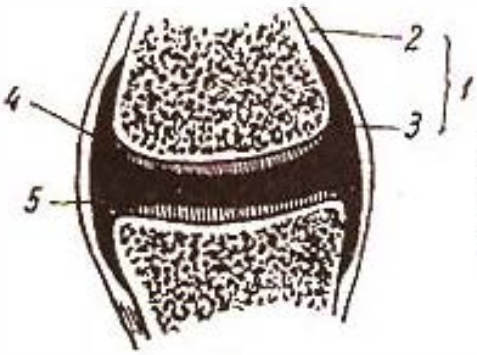
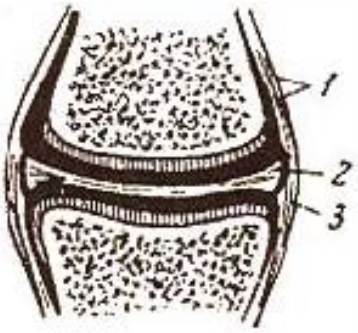


Fig. 55 – *Scheletul – vedere de ansamblu*



A

Fig. 56 A – *Articulaţie sinovială*
1 – capsula articulară;
2 – stratul extern fibros;
3 – membrana sinovială;
4 – cartilajul articular;
5 – cavitatea articulară



B

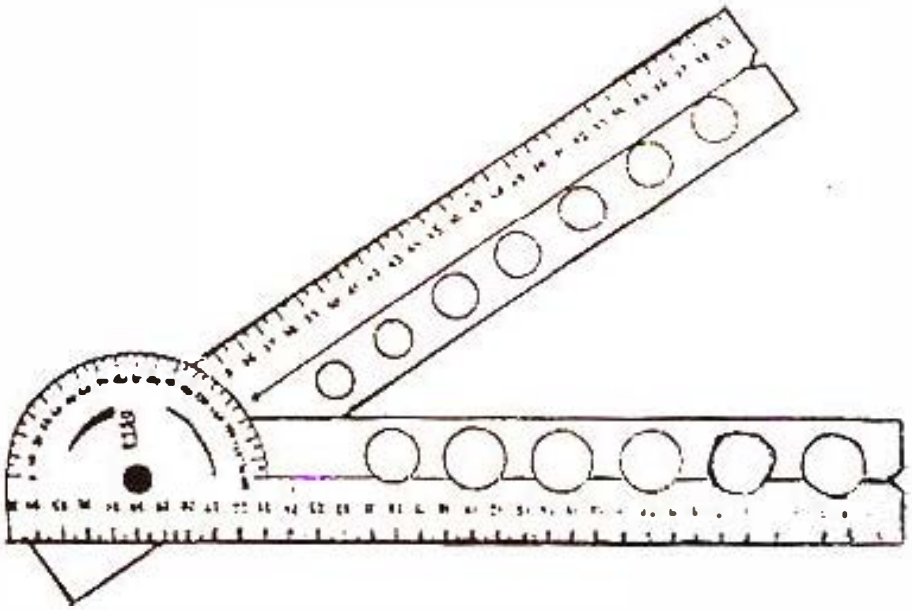
Fig. 56 B – *Articulaţie sinovială cu disc articular*
1 – capsulă articulară;
2 – discul articular;
3 – lichidul sinovial

Măsuri de profilaxie primară	*Pentru profilaxia reumatismului articular acut:* – efectuarea de controale în unităţile de îngrijire a copiilor (creşe, leagăne, grădiniţe), pentru depistarea purtătorilor sănătoşi de streptococ beta hemolitic prin examenul bacteriologic al exsudatului faringian – depistarea purtătorilor de infecţii streptococice acute şi tratarea lor corectă *Pentru prevenirea artrozelor:* – educarea populaţiei pentru o alimentaţie echilibrată, care să determine păstrarea greutăţii corporale ideale şi să prevină tulburările metabolice; – evitarea factorilor traumatici şi a celor mecanici – posturi vicioase, suprasolicitări fizice. Acordarea unei atenţii deosebite tuturor persoanelor cu dureri lombare.

Măsuri de profilaxie secundară	Educarea persoanelor cu diferite forme de reumatism pentru: – prezentarea la controale periodice clinice şi de laborator (de exemplu, în RAA examenul ASL●) – evitarea factorilor climatici (frig, umezeală) care favorizează apariţia puseelor acute ale bolilor degenerative reumatismale – tratarea corectă a bolilor metabolice şi endocrine – evitarea ortostatismului prelungit şi a eforturilor fizice mari – continuarea tratamentului prescris, medicamentos şi fizioterapic de recuperare
Măsuri de profilaxie terţiară	– se adresează persoanelor care prezintă infirmităţi, sechele invalidante: – învăţarea pacientului cu coxartroză să folosească bastonul pentru sprijin – pregătirea pacientului pentru intervenţie chirurgicală ortopedică corectivă (protezare de şold, genunchi) – recomandarea de noi profesiuni pacienţilor cu poliartrită reumatoidă, spondilită anchilozantă, pentru integrarea lor socială.

EVALUAREA MORFO-FUNCŢIONALĂ A APARATULUI LOCOMOTOR

Examene de **laborator**	*Examenul sângelui:* – VSH – în toate bolile reumatice – ASL● – în reumatismul articular acut – proteinemie – proteina C reactivă – fibrinogen – analiza factorului reumatoid (reacţia latex şi reacţia Waller-Rose) în artritele reumatoide – celule lupice *Examenul exsudatului faringian:* – pentru evidenţierea streptococului beta hemolitic *Examenul lichidului sinovial:* macroscopic, morfologic şi bacteriologic
Examenul radiologic osteoarticular	– poate evidenţia procesul de osteoporoză (rarefierea osului), de osteoscleroză (condensare osoasă); osteofitoză (prezenţa osteofitelor) şi pensarea discului intervertebral
Examenul endoscopic (artroscopie)	– vizualizează suprafeţele articulare, cartilagiul hialin, membranele şi vasele sinoviale, cu scopul decelării sinovitelor reumatismale sau de altă natură (mecanice, hipertrofice)

Examenul mobilității articulare	– evidențiază mobilitatea activă articulară și, separat, pe cea pasivă; examinarea se fac cu goniometrul, lucrându-se cu blândețe, pentru a evita rezistența musculară. **Fig. 57**  **Fig. 57 – *Goniometru***
Alte examinări	– *explorări funcționale ale inimii:* electrocardiogramă și tonocardiogramă – *examene stomatologice* – *examene otorinolaringologice*

MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ (SEMNE ȘI SIMPTOME POSIBILE)

Durerea articulară	● *localizare:* – osoasă sau articulară – la articulații mici sau mari, persistând la o singură articulație sau migrând de la o articulație la alta ● *condiții de apariție:* – la începutul mișcării, dimineața la sculare – permanent – poate fi precedată de un episod inflamator amigdalian – poate apărea după o masă abundentă, consum excesiv de alcool în accesul de gută, diferențiind-o de durerea din puseul reumatismal ● *condiții de accentuare:* mișcarea, frigul ● *condiții de ameliorare:* repausul, căldura

Redoarea articulară	– reprezintă înţepenirea, reducerea mobilităţii articulare ● *instalare* – dimineaţa ● *localizare* – în poliartrita reumatoidă, la nivelul articulaţiilor mici de la mâini şi picioare – în spondilita anchilozantă, în regiunea lombară şi apoi, dorsală
Impotenţă funcţională articulară sau musculară	● *condiţii de apariţie* – inflamaţie articulară sau musculară, anchiloză articulară ● *localizare* – centurile membrelor, coloana vertebrală (spondilita anchilozantă) – segmentele distale (poliartrita reumatoidă) – afectează activitatea profesională şi autoservirea
Tumefacţia articulară	– este un semn obiectiv ● *caracteristici* – articulaţie roşie, caldă, mărită de volum (RAA) – tumefacţie lluctuentă (hidrartroză)
Deformare articulară	– cauzată de prezenţa osteofitelor, exostozelor osoase – apare în poliartrita reumatoidă la mâini şi picioare
Atrofia musculară	– se întâlneşte în poliartrita reumatoidă, este dureroasă, începe la muşchii interosoşi ai mâinilor
Modificarea mobilităţii articulare	– limitarea mobilităţii – mobilitate excesivă **Fig. 58**

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU REUMATISM ARTICULAR ACUT (RAA)

Reumatismul articular acut se manifestă prin inflamaţia succesivă a mai multor articulaţii mari. Atingerea articulară se vindecă fără sechele. Atinge frecvent cordul, lăsând urme grave. Criterii majore de diagnostic: poliartrita, cardita, coreea, eritem marginat, noduli subcutanaţi.

Boala afectează copiii şi adolescenţii, infecţia urmând unei angine streptococice.

Culegerea datelor	*Circumstanţe de apariţie:* – vârsta pacientului – copilul şi adultul tânăr prezintă receptivitate pentru infecţia streptococică – condiţiile insalubre de locuit, frigul, umezeala favorizează apariţia anginelor streptococice

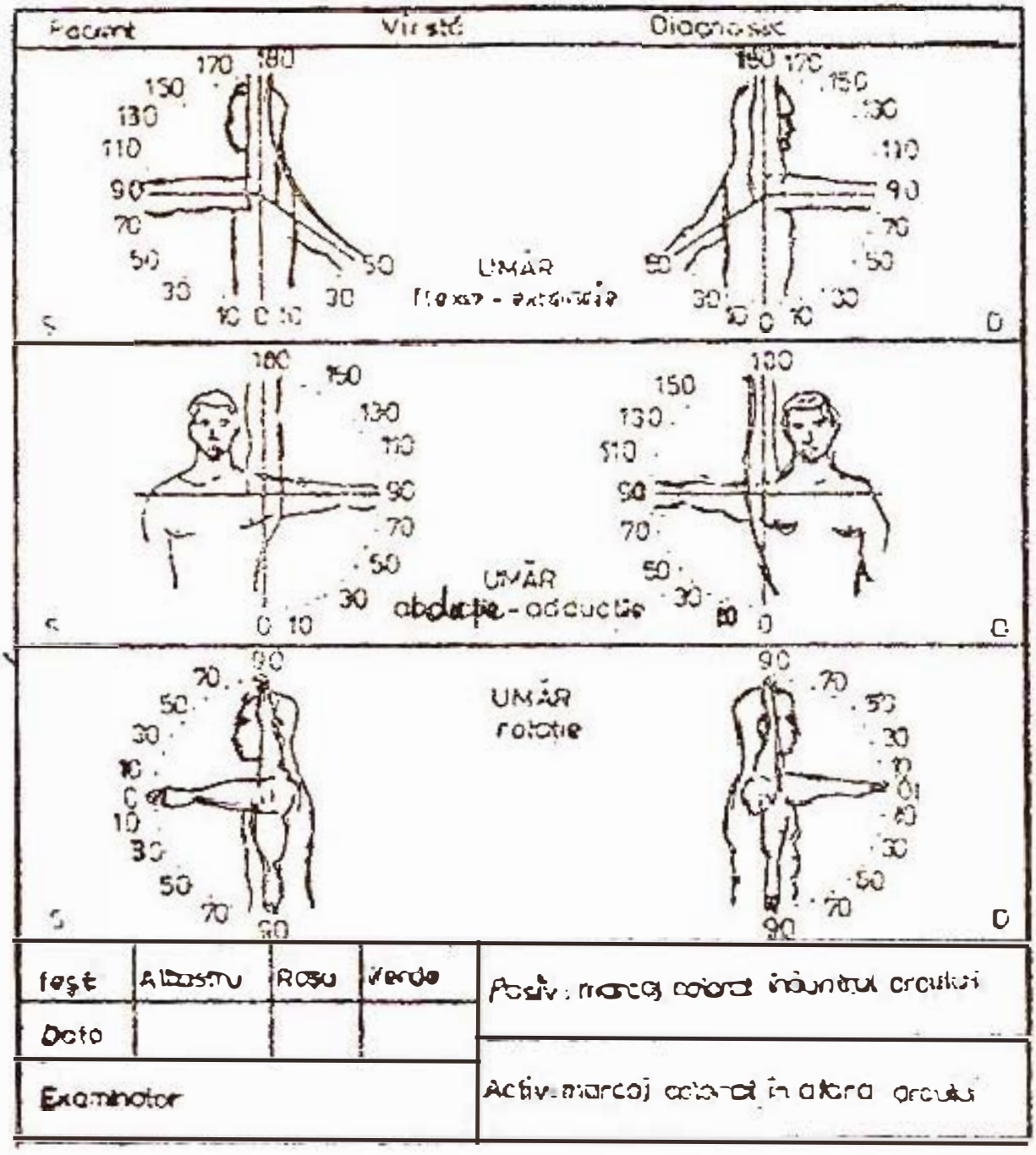


Fig. 58 – *Fișă goniometrică pentru articulația scapulohumerală*

	– prezența anginelor streptococice în antecedentele personale ale pacientului recente (2–4 săptămâni) precede instalarea durerilor articulare *Manifestări de dependență* (semne și simptome posibile): febră, transpirații, astenie, durere și tumefacție articulară fugace, ce cuprinde mai multe articulații mari, cu căldură și congestie locală, anorexie

	– hipertermie – durere articulară cu caracter migrator – intoleranță la activitatea fizică – dificultate de mers și mobilizare – deficit în a-și acorda îngrijiri igienice – risc de complicații: cardită reumatismală, coree, deshidratare
Obiective	– pacientul să prezinte temperatura corpului în limite fiziologice – să se obțină o stare de bine, prin dispariția durerilor articulare – să se prevină complicațiile
Intervenții	Asistenta: – asigură repausul la pat, până la dispariția durerilor articulare și, în continuare, 2–3 săptămâni, cu reluarea treptată a mersului – folosește perne pentru suportul articulațiilor dureroase – asigură igiena corporală și a lenjeriei pacientului – participă la investigațiile clinice și de laborator prin: – recoltarea sângelui pentru determinarea VSH-ului, fibrinogenului, ASLO, proteinogramei, proteinei C reactive – recoltarea exsudatului faringian – efectuarea EKG, FKG – administrează tratamentul: – antistreptococic (penicilina G), efectuând testarea sensibilității organismului la antibiotic), respectând doza și ritmul de administrare – antiinflamator cu aspirină, în formele ușoare, și cortizon în doze descrescătoare până la normalizarea VSH-ului (va sesiza efectele secundare ale corticoterapiei – dureri epigastrice, edeme, hipertensiune arterială, insomnie) – asigură alimentația pacientului: – dietă de cruțare în perioada febrilă (regim hidrozaharat, apoi lacto-făinos, care se va îmbogăți treptat) – dieta va asigura necesarul de lichide pentru a preveni deshidratarea – dietă desodată pe toată perioada tratamentului cu cortizon – supraveghează zilnic semnele vitale: puls, tensiune arterială, temperatură, notarea greutății corporale – educă pacientul și antrenează familia privind: – prevenirea reinfectărilor streptococice – continuarea tratamentului prescris cu moldamin, în dozele și la intervalele stabilite de medic – prezentarea la controale periodice, clinice și biologice, prin policlinica teritorială – asanarea locarelor de infecție amigdaliană și dentară (sub protecție de antibiotice) – internarea după caz a copiilor foști bolnavi, în sanatorii cu personal calificat pentru dispensarizarea lor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ PR

Boala afectează articulaţiile mici ale mâinilor şi picioarelor în mod simetric, fiind un reumatism inflamator cu evoluţie cronică.

Culegerea datelor	*Circumstanţe de apariţie:* – persoanele de sex feminin în perioada de menopauză – apariţia şi evoluţia sunt insidioase, manifestându-se prin tumefacţii articulare şi redoare matinală, ceea ce constituie stadiul unu al bolii – stadiile 3–4 se apreciază după gradul de deformare şi anchiloză articulară, atrofie musculară şi reducerea capacităţii funcţionale *Manifestări de dependenţă* (Semne şi simptome posibile): – tumefacţie articulară – limitarea progresivă a mobilităţii articulare – durere articulară (la început, metacarpofalangiană, interfalangiană, metatarsofalangiană şi apoi la nivelul genunchilor, umerilor, coatelor şi articulaţiilor coxofemurale) – slăbiciune şi atrofie musculară – astenie generalizată – scădere ponderală – capacitate funcţională redusă şi infirmitate importantă (stadiul 4)
Probleme	– durere articulară – limitare progresivă a mobilităţii – intoleranţă la efort fizic – scădere în greutate – risc de pierdere treptată a capacităţii de muncă, de autoservire şi autoîngrijire – risc de pierdere a stimei de sine – alterarea dinamicii familiale
Obiective	– vizează: – diminuarea durerilor articulare – prevenirea deformărilor articulare şi osoase – menţinerea unui maxim de independenţă în autoservirea pacientului – sprijinirea psihică a pacientului, pentru a se adapta la reducerea capacităţii sale funcţionale

Asistenta aplică intervenţiile în funcţie de faza evolutivă a bolii: faza de odihnă, de mobilizare, de reabilitare.

Intervenţii	*În faza de repaus* – asigură repausul total sau relativ la pat, în funcţie de afectarea articulaţiilor portante; pentru aceasta:

– patul trebuie să fie dotat cu materiale auxiliare necesare confortului fizic (aşternuturi uşoare, cort pentru aşezarea cearceafului şi a păturii)
– poziţia pacientului (în stadiul 4 al bolii, se schimbă de către două-trei persoane, pentru a preveni escalele de decubit, la 2 ore)
– ajută pacientul dependent pentru satisfacerea nevoii de a elimina, a li curat, a se îmbrăca şi dezbrăca
– asigură alimentaţia, adaptând-o problemelor pe care le prezintă pacientul:
– regim hipercaloric, dacă a scăzut în greutate
– regim hipocaloric, dacă pacientul este obez
– regim hiposodat în perioada tratamentului cu antiinflamatoare
– pacientul este ajutat să mănânce la pat, pe măsuţă specială şi cu veselă adaptată, dacă este imobilizat la pat
– susţine pacientul din punct de vedere psihic, pentru a preveni stările depresive şi anxietatea, cauzate de conştientizarea invalidităţii sale
– recoltează sânge pentru determinarea VSH-ului, proteinei C reactive, reacţiei Waller-Rose
– administrează tratamentul prescris:
– antialgic – monitorizând efectul analgeticelor
– antiinflamator – AINS (indometacin, fenilbutazonă), luând măsuri de protecţie gastrică
– corticoterapie
– tratament cu săruri de aur, sesizând efectele secundare (alergii, tulburări gastrointestinale)
– supraveghează, zilnic, temperatura, pulsul, tensiunea arterială

În faza de mobilizare

– kinetoterapeutul stabileşte programul de recuperare:
– la început, exerciţii generale pentru restabilirea tonusului muscular general
– treptat, se introduc exerciţii specifice pentru anumite grupe musculare şi pentru recuperarea mobilităţii articulare

În faza de reabilitare

– încurajează pacientul să facă mişcări care să-i asigure independenţa:
– să se îmbrace, să mănânce singur, să se deplaseze la sala de mese
– îi recomandă activităţi precum cusutul, împletitul, care antrenează articulaţiile mici ale mâinii
– recomandă noi profesii, cum ar fi cartonar, legător de cărţi
– în legătură cu familia, pentru a fi suportul psihic al pacientului şi a-l ajuta în cazul apariţiei infirmităţii

	– în legătură cu serviciile de asistenţă socială, atunci când evoluţia bolii determină stare de dependenţă totală, în vederea internării pacientului într-o instituţie de ocrotire socială – pregăteşte psihic şi fizic pacientul pentru intervenţie chirurgicală ortopedică recomandată pentru corectarea deformărilor şi a contracturilor în cazul poziţiilor vicioase, sau înlocuirea elementelor articulare distruse (proteze articulare)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ (ANCHILOPOIETICĂ) (SA)

Spondilita anchilozantă este o suferinţă cronică, adesea progresivă, caracterizată prin artrită sacroiliacă şi inflamaţie a structurilor vertebrale şi a articulaţiilor centurilor care duce la anchiloză. Afectează bărbaţii tineri.

Culegerea datelor	*Condiţii de apariţie* – persoane cu ortostatism prelungit – frecvent, apare la bărbaţii tineri – debutul şi evoluţia sunt insidioase *Manifestări de dependenţă* (Semne şi simptome posibile): – durere lombară cu iradiere în membrele inferioare, mai accentuată dimineaţa: uneori, rahialgie care se accentuează nocturn – dureri coxofemurale sau scapulohumerale (în 20–40% din cazuri) – poziţie caracteristică „de schior" (bolnavul flectează genunchii, pentru a-şi menţine ortostatismul) – poziţie în scândură (coloană vertebrală rectilinie) – dureri toracice cu senzaţie de constricţie toracică – reducerea capacităţii funcţionale prin anchiloză
Probleme	– dureri: – lombare, care se accentuează nocturn – coxofemurale sau scapulohumerale – mobilitate redusă, mergând până la posturi caracteristice – reducerea capacităţii ventilatorii pulmonare, cauzată de anchiloza articulaţiilor costo-vertebrale – risc de pierdere treptată a capacităţii funcţionale – risc de complicaţii: oculare, cardiace, neurologice şi infecţii intercurente – incapacitate de autoîngrijire (în stadiile avansate)

Obiective	Vizează: – diminuarea durerilor lombare şi articulare – prevenirea deformărilor şi anchilozei coloanei vertebrale – menţinerea unui maxim de independenţă în capacitatea funcţională a pacientului – reintegrarea pacientului într-o activitate utilă
Intervenţii	Asistenta asigură îngrijirea pacientului în spital şi prin activitatea de dispensarizare, la domiciliu. – asigură repausul pacientului pe un pat tare şi neted (scândură sub saltea) în poziţie decubit dorsal sau ventral, fără pernă sub cap; repausul este necesar în perioadele acute, dureroase, fără exagerare; repausul la pat se alternează cu repaus în poziţie şezând pe un scaun dur cu spătarul înalt – supraveghează pulsul, tensiunea arterială, temperatura, sesizând apariţia unor modificări ale acestora, determinate de complicaţii cardiace sau infecţii intercurente – administrează tratamentul antialgic şi antiinflamator (AINS) prescris sau corticoizi, luând aceleaşi măsuri ca şi în poliartrita reumatoidă – asigură alimentaţia pacientului în funcţie de nevoile cantitative şi calitative ale organismului – învaţă pacientul să execute exerciţii posturale şi respiratorii: – 3–4 cure pe zi de repaus de 5–10 minute, în decubit dorsal – de câteva ori pe zi, ortostatism cu spatele la perete (ceafa, umeri şi călcâiele în contact cu peretele) – mers cu capul ridicat şi retropulsia umerilor – exerciţii respiratorii, dimineaţa şi seara – kinetoterapeutul învaţă pacientul să efectueze exerciţii de gimnastică pentru întărirea centurilor şi creşterea amplitudinii articulare – asistenta educă pacientul să continue singur la domiciliu aceste exerciţii – recomandă pacientului să practice sporturi ca: înot, baschet, volei, tenis, sporturi care presupun mişcări şi poziţii convenabile coloanei vertebrale – recomandă reîncadrarea pacientului care depune eforturi fizice mari în activităţi cu efort redus – pregăteşte preoperator şi îngrijeşte postoperator pacientul care necesită intervenţie chirurgicală pentru corectarea poziţiei vicioase a coloanei vertebrale şi corectarea anchilozei coxofemurale (corset gipsat, ortoplastie totală de şold)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU REUMATISME DEGENERATIVE (ARTROZE)

Artroza, cea mai frecventă boală reumatică, este caracterizată prin uzura cartilajului articular şi hipertrofia extremităţilor osoase. Artroza este o sursă de suferinţe şi incapacitate pentru un număr mare de persoane. Exemple: artroza genunchiului (gonartroza), artroza umărului, artroza articulaţiei coxofemurale (coxartroza), artroza coloanei vertebrale (spondiloza).

Culegerea datelor	*Circumstanţe de apariţie:* – persoane în vârstă de peste 40–50 ani – persoane cu traumatisme şi malformaţii congenitale (picior plat) – persoane cu obezitate – persoane cu tulburări endocrine, tiroidiene, ovariene, climax – condiţii de muncă (frig, umiditate şi efort fizic mare) – debutul lent şi evoluţia este progresivă în decurs de mai mulţi ani, cu manifestări discrete *Manifestări de dependenţă* (Semne şi simptome posibile) – durere articulară – caracteristici – se accentuează dimineaţa, la sculare, articulaţia nu anchilozează – localizare – articulaţia cotului – articulaţia umărului – articulaţia genunchiului, accentuată la urcarea scărilor – articulaţia coxofemurală, accentuată la mers – articulaţiile coloanei vertebrale la diferite niveluri: – în regiunea cervicală, durerea iradiază la nivelul gâtului; în regiunea occipitală, veitex sau în membrul superior uni- sau bilateral – în regiunea dorsală, durerea iradiază anterior, imitând suferinţe cardiace – în regiunea lombară, durerea iradiază în membrul inferior – mişcări articulare limitate – crepitaţii articulare – mărirea volumului articulaţiei – cefalee, ameţeli, tulburări de vedere şi auz (în spondiloza cervicală)
Probleme	– durere cauzată de solicitarea articulară, care dispare în repaus – limitarea mobilităţii – dificultate în îmbrăcare, dezbrăcare, încălţare

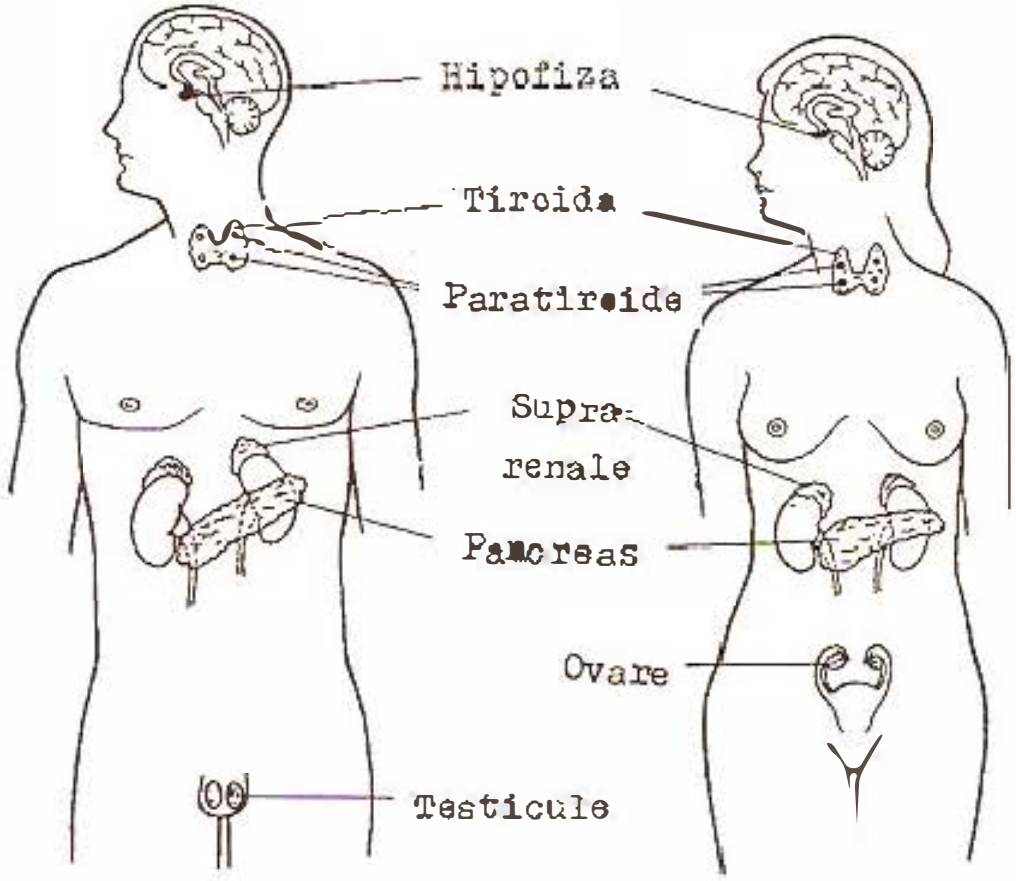
	– anxietate, depresie – cefalee, ameţeli – modificarea schemei corporale – pierderea stimei de sine – risc de limitare a capacităţii de muncă şi chiar de autoservire (în coxartroză) – risc de pareze, paralizii în artrozele cotului, umărului
Obiective	Vizează: – să se diminueze durerile articulare; – să se păstreze mobilitatea articulaţiilor, pacientul putându-şi satisface autonom nevoile de deplasare, de igienă, de îmbrăcare – să se păstreze greutatea corporală în limitele normalului, în funcţie de vârstă – pacientul să poată exprima o stare de confort fizic şi psihic – să se prevină apariţia complicaţiilor invalidante
Intervenţii	Asistenta aplică intervenţiile specifice în funcţie de localizarea procesului de artroză: – asigură repausul la pat cel puţin câte o jumătate de oră în timpul zilei pentru pacientul cu suferinţe ale coloanei vertebrale şi membrelor inferioare – învaţă pacientul ca, în timpul repausului, să evite poziţia de flexie a articulaţiei (aceasta favorizează redoarea articulară) – ajută pacientul imobilizat la pat pentru a-şi satisface nevoia de a se alimenta, de igienă corporală – asigură alimentaţia în funcţie de restricţiile impuse (desodată în tratamentul cu antiinflamatoare) şi de bolile asociate (hipocalorică, când pacientul prezintă obezitate; hipoproteică, la pacienţii cu gută; hipoglucidică, pentru pacienţii cu diabet zaharat) – recoltează produsele pentru examene de laborator – pregăteşte pacientul pentru examene radiologice – administrează tratamentul medicamentos antialgic, prescris de medic – participă la efectuarea injecţiei intra- şi periarticulară – educă pacientul privind modul de viaţă, pentru a limita apariţia dependenţelor: – evitarea mersului şi ortostatismului prelungit, a poziţiilor profesionale vicioase, ridicarea de greutăţi mari – alternarea ortostatismului cu clinostatismul (clinostatismul prelungit accentuează osteoporoza şi redoarea articulară) – învaţă pacientul cu coxartroză să folosească bastonul în mers (bastonul se ţine în mâna opusă, pentru a reduce greutatea corporală pe membrul inferior afectat) – de asemenea, îl învaţă să continue şi la domiciliu programul de gimnastică medicală recomandat de kinetoterapeut – să urmeze curele de tratament balneofizical recomandat (termoterapie, electroterapie, băi clorurosodice) – pregăteşte preoperator pacientul pentru intervenţii ortopedice corective (artrodeze, artroplastii, proteză totală de şold sau genunchi)

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni endocrine

GLANDELE ENDOCRINE, NOŢIUNI DE ANATOMIE ŞI FIZIOLOGIE

Sistemul endocrin este un complex de glande ai căror produşi – hormonii – sunt eliminaţi direct în sânge, fiind transportaţi la celule sau „organe ţintă", stimulând sau inhibând activitatea acestora.

Împreună cu sistemul nervos, sistemul endocrin joacă un rol esenţial în menţinerea homeostaziei, în desfăşurarea normală a proceselor de creştere, nutriţie şi reproducere a organismului uman.



Localizarea glandelor endocrine

Principalele glande endocrine sunt: hipofiza, tiroida, paratiroidele, suprarenalele, pancreasul, gonadele (ovarele şi testiculele) timusul şi epifiza.

Deşi sunt diferite ca structură şi origine, glandele acţionează în strânsă interrelaţie.

Parenchimul glandelor este alcătuit din: cordoane de celule aflate în strânsă corelaţie cu o bogată reţea de capilare sanguine (adenohipofiza, paratiroidele, corticosuprarenalele); vezicule mărginite de un strat de celule epiteliale secretoare (foliculii tiroidieni); celule nevroglice (neurohipofiza, o parte a epifizei) sau chiar neuroni simpatici cu rol secretor (medulosuprarenala).

Hormonii – substanţe chimice specifice, sintetizate în parenchimul glandular – acţionează ca mesageri ai unor informaţii a căror funcţie este posibilă la nivelul celulei datorită existenţei unor receptori biochimici membranari pentru hormonii hidrosolubili (proteici) sau a receptorilor intracelulari citoplasmatici şi/sau nucleari pentru hormonii liposolubili (steroizi).

În condiţii fiziologice, fiecare glandă endocrină are o activitate secretorie bazală constantă, care se moditică atunci când apar schimbări umorale specifice printr-un mecanism de conexiune inversă (feed-back).

În condiţii patologice, pot apărea tulburări (hiper- sau hipofuncţie) la orice vârstă.

Disfuncţia poate fi ereditară, congenitală, cauzată de un traumatism, de factori de mediu sau poate avea etiologie necunoscută. La persoanele în vârstă, activitatea glandelor este influenţată şi de procesul de arterioscleroză.

Glanda hipofiză sau pituitară are forma şi dimensiunea unui bob de fasole (0,5 g la om); ea este situată la baza creierului, în depresiunea osului sfenoid, numită şaua turcească.

Se leagă de hipotalamus prin tija pituitară. Este alcătuită din trei lobi: anterior, intermediar, care, împreună, formează adenohipofiza şi lobul posterior, care, împreună cu tija pituitară, constituie neurohipofiza.

Adenohipoliza (hipofiza anterioară) secretă somatotropul (STH), hormoni glandulari, tropi, care controlează activitatea altor glande endocrine (tiroidă, corticosuprarenală, gonade) şi prolactina.

Neurohipoliza depozitează şi pune în circulaţie doi hormoni secretaţi de nucleii hipotalamici anteriori – ADH (hormonul antidiuretic sau vasopresina) şi ocitocina.

Excesul de hormoni hipofizari este specific tumorilor care produc şi fenomene de compresiune în afara celor de natură endocrină.

Unele tumori, procesele inflamatorii, boli degenerative ale sistemului nervos pot determina insuficienţa hipofizară.

Glanda tiroidă, situată la baza gâtului, înaintea traheei, este formată din doi lobi laterali, uniţi între ei printr-o formaţiune numită istm. Secretă doi hormoni principali: tiroxina şi triiodotironina, în structura cărora intră iodul.

Creşterea în volum a glandei (guşa hiperfuncţie sau hipertrofia determinată de carenţa iodului) duce la compresiunea asupra traheei şi nervilor din vecinătate, jenând respiraţia.

Glandele paratiroide sunt în număr de patru, aşezate perechi pe faţa dorsală a lobilor glandei tiroide, fiind uneori incluse chiar în parenchimul tiroidian.

Secretă parathormonul. Tulburările apărute se pot datora excesului sau deficitului de hormon.

Glandele pot fi înlăturate și în cazul intervențiilor pe tiroidă, ceea ce determină hipoparatiroidismul.

Glandele suprarenale (adrenale) sunt situate deasupra polului superior al fiecărui rinichi și au forma unui con turtit.

Țesutul glandular prezintă două zone diferite ca structură, origine și funcție. La periferie, se află corticosuprarenala, alcătuită din trei zone: glomerulată, care secretă hormonii mineral-corticoizi, zona fasciculată, care secretă hormonii glucocorticoizi și zona reticulată, care secretă estrogeni și androgeni.

Zona centrală sau medulară formează medulo-suprarenala, care secretă adrenalina (epinefrina) și noradrenalina (norepinefrina), hormoni cunoscuți și sub denumirea de catecolamine.

Disfuncția glandelor suprarenale determină un număr variat de boli.

Epifiza (glanda pineală) este o glandă mică, situată în endocraniu, cu forma conică. Face parte din epitalamus. Înainte de pubertate începe să involueze.

Disfuncțiile epifizei sunt rare, mai cunoscut fiind sindromul de pubertate precoce (macrogenitosom precoce), provocat de o tumoră cerebrală (pinealom), ce se caracterizează printr-o maturizare sexuală precoce, (apariția părului facial și sexual, dezvoltarea organelor genitale, apariția spermatogenezei, tulburări de creștere).

Apare la băieți sub 10 ani. Mortalitatea este mare.

Timusul – situat retrosternal, în mediastinul superior – atinge dezvoltarea maximă la pubertate, după care începe să involueze, transformându-se într-un țesut adipos.

Are rol în imunitatea celulară, secretă un hormon (timozina), care stimulează creșterea și intensifică activitatea limfocitelor T.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN BOLILE ENDOCRINE

Endocrinologia modernă s-a dezvoltat pe baze științifice începând cu a doua jumătate a secolului XIX, o contribuție importantă având-o școala românească de medicină, al cărei fondator este C. I. Parhon, autorul primului tratat de endocrinologie din lume, publicat în 1908.

Cunoștințele de fiziologie și patologie privind glandele endocrine au permis combaterea unor afecțiuni care constituiau probleme de sănătate cu implicații bio-psihologice și economico-sociale (de exemplu, gușa endemică).

Pentru că etiologia bolilor endocrine este variată (traume psihice, infecții, tumori etc), iar manifestările sunt, la început, nespecifice sau chiar lipsesc, bolnavul ajunge la medic când boala este deja avansată.

Educația populației și supravegherea permanentă a stării de sănătate pot contribui la depistarea precoce și tratarea corespunzătoare a unor boli. În acest sens, este necesar să se realizeze:

1. Prevenirea și tratarea corectă a tuturor bolilor infecțioase, în special a infecțiilor cronice (TBC, sifilis), care sunt incriminate în etiologia unor afecțiuni (hipertiroidie,

hipotiroidie, sindrom adipozo-genital, insuficienţă hipofizară globală, insuficienţă cortico-suprarenaliană).

2. Tratarea şi supravegherea persoanelor care au suferit traumatisme cranio-cerebrale, deoarece acestea pot interesa hipotalamusul şi glanda hipofiză, fiind incriminate printre cauzele unor boli ca: nanismul hipofizar, insuficienţa hipofizară globală, sindromul adipozo-genital, diabetul zaharat.

3. Luarea în evidenţă, cât mai precoce, a gravidei şi supravegherea ei permanentă, tratarea tuturor bolilor mamei, prevenirea toxemiei gravidice şi alimentaţia corectă în timpul sarcinii scad posibilitatea apariţiei unor boli ca hipotiroidia, sindromul Cushing, sau a declanşării unui diabet zaharat cu manifestări atipice.

4. Asistarea corectă a naşterii, evitarea travaliului prelungit, a hemoragiei urmată de colaps post-partum, ce pot duce la necroza ischemică hipofizară, mobilizarea precoce a lăuzei, pentru prevenirea trombozei; în perioada lăuziei, asistenta va supraveghea atent lăuza la domiciliu, pentru depistarea la timp a semnelor insuficienţei hipofizare (hipogalactie, agalactie, scăderea în greutate), care vor fi aduse la cunoştinţa medicului.

5. Administrarea iodului (sare iodată), în regiunile guşogene şi supravegherea populaţiei de către personalul medico-sanitar pentru respectarea sfaturilor, mai ales la mamă şi copil, în scopul prevenirii mixedemului congenital, ce are grave implicaţii asupra dezvoltării neuropsihice a copilului.

6. Sfat genetic pentru părinţii cu boli endocrine cu posibilă transmitere ereditară (diabet zaharat, diabet insipid, hiperparatiroidism) sau care au între rudele de gradul I persoane cu astfel de afecţiuni, informându-i asupra riscurilor şi lăsându-le posibilitatea de a decide.

7. Alimentaţia raţională cu alimente care să conţină calciu (lapte şi derivate), evitarea excesului alimentar şi favorizarea mişcării prezintă o importanţă deosebită pentru prevenirea unor boli ca: hipoparatiroidism, tetanie şi, respectiv, sindromul adipozo-genital, boala Cushing, diabetul zaharat.

8. Evitarea surmenajului, a traumelor psihice, a emoţiilor intense prelungite, care au un rol deosebit în producerea hipertiroidismului, a sindromului Cushing şi a crizei de tetanie.

9. Cunoaşterea şi depistarea unor manifestări (semne şi simptome) care ar putea atrage atenţia înainte de instalarea semnelor endocrine (gigantism, acromegalie, boala Addison, sindromul adipozo-genital).

10. Supravegherea în comunitate a bolnavilor cu afecţiuni endocrine, educarea acestora şi a familiilor lor pentru cunoaşterea şi respectarea tratamentului, a unui regim de viaţă adecvat, în vederea reintegrării socio-profesionale şi familiale, pentru a duce o viaţă cât mai normală.

11. Creşterea adresabilităţii populaţiei către sectorul sanitar şi, nu în ultimul rând, dezvoltarea la asistent a capacităţilor de a intra în relaţie cu orice individ, indiferent de vârstă, cultură, rasă, stare socială, de a comunica şi influenţa pozitiv formarea comportamentelor pentru creşterea nivelului educaţional, în general, şi a celui sanitar, în special.

EXAMENE DE LABORATOR, FUNCTIONALE ŞI PARACLINICE ÎN BOLILE ENDOCRINE

I. EXPLORAREA GLANDEI HIPOFIZE

A. Hipofiza anterioară

I. Studiul activităţii hormonilor	– studiul STH a. dozarea STH în plasmă prin metodă radioimunometrică b. modificări de glicoreglare, metabolism fosfocalcic şi bazal sub influenţa STH: – glicemia creşte în acromegalie, scade în insuficienţa hipofizară – glicozuria este prezentă în hiperfuncţia hipofizară – hiperglicemia provocată – curba hiperglicemică cu toleranţă redusă arată epuizare insulară, cu posibilă instalare a unui diabet insulinorezistent – fosforemia creşte în acromegalita activă – fosfataza alcalină serică creşte în gigantism şi acromegalie – studiul hormonilor glandulari tropi *hormonul adrenocorticotrop* (ACTH) – dozarea eliminării urinare de 17 – CS şi 17 – OHCS – determinarea rezervelor hipofizare de ACTH prin blocarea cu Metopiron, după care se dozează 17 – CS şi 17 – OHCS în urină şi plasmă; scad sau dispar în tumori hipofizare *hormonul tireotrop* (TSH) – se folosesc probele pentru cercetarea glandei tiroide; deficitul însoţeşte mixedemul, iar excesul, hipertiroidismul *hormonii gonadotropi* – dozarea radioimunometrică a FSH, LH – studiul prolactinei – determinarea serică prin radioimunodozare; creşte în prolactinom
II. Explorări imagistice	– *radiografia craniană* din profil, arată fosa pituitară mărită, în cazul tumorilor hipofizare – *pneumoencefalografia* diferenţiază o tumoră hipofizară de un diverticul meningeal – *tomografia computerizată* facilitează diferenţierea ţesutului tumoral şi întinderea tumorii – *radiografia scheletului* arată închiderea târzie a cartilajelor de creştere, în nanism şi deformarea extremităţilor în acromegalie
III. Examene oftalmologice	– determinarea câmpului vizual evidenţiază frecvent hemianopsie – determinarea acuităţii vizuale – examenul fundului de ochi pentru depistarea semnelor de compresiune.

B. Hipofiza posterioară

Explorările vizează diferențierea diabetului insipid de alte afecțiuni cu manifestări asemănătoare (poliurie-polidipsie).

Proba restricției de apă	Cu 12 ore înainte – după alți autori, 6–8 ore – se întrerupe aportul de lichide și hrană; se exclud: cafeaua, ceaiul și fumatul; se cântărește pacientul și se colectează urina la fiecare oră, măsurându-se volumul și densitatea; proba se întrerupe când scăderea în greutate atinge 5%, la adult, sau 3%, la copii; normal: presiunea osmotică plasmatică nu se modifică, crește cea urinară.
Proba la ADH	studiază receptivitatea renală la ADH, face distincție între diabetul insipid și poliuria de cauză renală
Proba la nicotină	se bazează pe proprietatea nicotinei de a stimula vasopresina; normal: după administrarea nicotinei diureza scade; în diabetul insipid, diureza rămâne crescută
Proba la NaCl (Carter-Robin)	soluția hipertonă de NaCl, administrată în perfuzie, stimulează secreția de ADH și produce oligurie; în diabetul insipid, scăderea nu se produce

II. EXPLORAREA GLANDEI TIROIDE

Studiul metabolismului iodului	– determinarea iodemiei – determinarea ioduriei
Dozări hormonate din sânge	– determinarea concentrației serice a tiroxinei (T4) prin radioimunodozare – dozarea TSH
Probe dinamice	● *proba Werner* (inhibiție cu triiodotironina); administrarea triiodotironinei (Tiroion) blochează secreția de TSH și scade iodocaptarea ● *testul la TRH* (de stimulare); administrarea TRH este urmată de dozarea radioimunometrică a TSH; normal, cantitatea de TSH crește; în hipertiroidie, nu se modifică
Probe cu izotopi radioactivi	● *radioiodocaptarea* folosește iod^{131} sau iod^{132}, administrat oral; se urmărește captarea iodului de către glandă la 2 ore (normal, 10–15%) și la 24 ore (normal, 45–50%) ● *scintigrama tiroidiană* se administrează iod^{131} și se înregistrează imaginea glandei; normal, radioactivitatea este uniform distribuită

Alte examene	● *determinarea metabolismului bazal:* valorile sunt influențate de numeroși factori; scad în hipotiroidie, cresc în hipertiroidie ● *reflexograma ahiliană* – timpul de relaxare musculară după percuția tendonului Achile (normal = 250-300 milisecunde) – scade în hipertiroidie ● determinarea colesterolului și fosfolipidelor în sânge: valorile cresc în hipertiroidie și scad în hipotiroidie ● *echografia* este utilă în gușa endemică, gușa multinodulară

III. EXPLORAREA GLANDELOR PARATIROIDE

Examene de laborator	– determinarea calcemiei – normal 9–11 mg%; crește în hiperparatiroidie – determinarea fosforemiei: normal, 2,5–4,5 mg%; crește în hipoparatiroidism, scade în hiperparatiroidism – determinarea calciului urinar: normal, sub 200 mg, crește în hiperparatiroidism – determinarea fosfatazei alcaline – normal, 3–5 uB, crește în leziuni osoase active
Dozări hormonale și probe dinamice	– dozarea parathormonului (PTH) prin metode radioimunometrice – teste de încărcare cu Fitat de sodiu cu PTH, vitamina D2 – EDTA
Alte examene	– electromiogramă – testul hiperpneei provocate – examene radiologice: arată osteoporoză, depunere de calciu în țesuturile moi – calculi renali
Explorări imagistice	– echografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară pot localiza un adenom paratiroidian

IV. EXPLORAREA GLANDELOR SUPRARENALE

A. Corticosuprarenala

Dozarea hormonilor în plasmă	– determinarea cortizonului plasmatic – determinarea ACTH – determinarea aldosteronului
Dozarea metaboliților hormonilor suprarenalieni	– dozarea 17 CS – dozarea 17 – OHCS

Probe pentru studiul echilibrului hidromineral	– ionograma sanguină şi urinară – hematocritul – testul de încărcare cu apă
Probe dinamice	– testul THORN – testul de inhibiţie cu superprednol

B. Medulosuprarenala

Dozări hormonale	– dozarea catecolaminelor în urină şi plasmă – dozarea acidului vanylmandelic în urină – produs metabolic al celor două catecolamine
Teste dinamice	– probe de inhibiţie: cu Fentolamină (Regitină) sau Clonidină; după administrare, TA trebuie să scadă – probe de stimulare: cu glucagon, cu histamină
Explorări imagistice	– echografia, tomografia computerizată, RMN, scintigrama permit vizualizarea unei tumori sau atrofia glandei

V. EXPLORAREA GLANDELOR SEXUALE

A. Explorarea ovarului

Teste de ovulaţie	– curba temperaturii bazale creşte după ovulaţie – frotiul cito-vaginal, efectuat în a 7-a, 14-a, 21-a zi
Dozări hormonale	– dozarea estradiolului plasmatic a 14-a şi 21-a zi; a progesteronului plasmatic a 21-a zi – dozarea radioimunometrică a gonadotropinelor
Probe dinamice	– testul la Clomifen (antiestrogenic la nivel hipotalamic) – testul la GnRH (gonadotrofină) de stimulare
Examene imagistice	– echografia evidenţiază creşterea foliculului şi chisturile

B. Explorarea testiculului

Teste pentru spermatogeneză	– spermatograma: volum, vâscozitate, culoare, reacţie, mobilitatea şi morfologia spermatozoizilor
Dozări hormonale	– determinarea FSH seric, a 17 CS urinari
Probe dinamice	– stimulare cu gonadotrolină corionică (GnRH), cu Clomifen

SEMNE ŞI SIMPTOME ÎN BOLILE ENDOCRINE

Bolile endocrine determină manifestări caracteristice, care pot fi observate de asistentul medical, ceea ce îl ajută în elaborarea unei strategii de îngrijire. Prin contactul direct cu persoanele îngrijite are posibilitatea să depisteze precoce semnele unor boli şi să îndrume persoana sau familia, în cazul copiilor, să se adreseze medicului.

Culegerea datelor A. Interviul	– furnizează informaţii despre simptome generale, modul şi circumstanţele de apariţie, succesiunea apariţiei, intensitatea şi evoluţia, asocierea cu alte simptome; aceste manifestări nu sunt specifice bolilor endocrine, dar într-un anumit context pot avea valoare deosebită, cele mai frecvente fiind: *1. cefaleea:* – este determinată frecvent de compresiune în tumorile hipofizei, cu localizări diferite în funcţie de direcţia în care se dezvoltă tumora (frontală, supraorbitală, bitemporală, occipitală) – apare în crize de scurtă durată, apoi devine permanentă, insuportabilă, nu mai răspunde la antialgice – se asociază cu: tulburări vizuale, vărsături explozive în jet, fără greaţă, bradicardie – intensitatea sa este influenţată de schimbarea poziţiei capului – apare sub formă de migrenă în disfuncţiile ovariene *2. oboseala:* – se manifestă atât în plan fizic, cât şi intelectual; este mai accentuată în cursul dimineţii – se întâlneşte în: boala Addison, insuficienţa hipofizară globală – în tireotoxicoză, oboseala este matinală, bolnavul se trezeşte mai obosit decât s-a culcat *3. tulburările somnului:* – insomnii, somn neliniştit, insuficient cantitativ, populat de coşmaruri în hipertiroidie, sindromul adipozo-genital – hipersomnia apare în tumorile hipotalamo-hipofizare – în hipotiroidism, bolnavul pare adormit tot timpul *4. transpiraţia:* – apare în sindromul adipozo-genital, feocromocitom – în tireotoxicoză predomină la nivelul palmelor şi în regiunea capului – la diabetici, anunţând o hipoglicemie sau o comă

	5. sughițul: – poate apărea ca urmare a compresiunii nervului frenic pe traiectul său (guşa tiroidiană) *6. setea:* – se întâlneşte în diabetul zaharat şi insipid, în hiperparatiroidism *7. tulburări gastro-intestinale:* – inapetenţă în insuficienţa hipofizară globală, hiperparatiroidism, boala Addison – diaree în hipertiroidism, boala Addison – constipaţie în hipotiroidie, hiperparatiroidism – vărsături în tumorile hipofizare – dureri abdominale în insuficienţa corticosuprarenaliană, hiperparatiroidism, hipertiroidism, diabet zaharat *8. tulburări cardiorespiratorii:* – palpitaţii, ameţeli la schimbarea din decubit în ortostatism în insuficienţa corticosuprarenaliană – dispnee în insuficienţa tiroidiană *9. tulburări ale aparatului genital:* – instalarea precoce sau tardivă a pubertăţii – la femei: amenoree primară în mixedem congenital şi secundară în afecţiuni hipofizare; tulburări de ritm (bradimenoree) în boli tiroidiene şi suprarenaliene; tulburări de cantitate în tireopatii, hiperfoliculinemie – menopatii algice *10. alte manifestări* a) modificări ale vocii: disfonia după operaţii pe tiroidă; îngroşarea vocii sau subţierea ei în disfuncţii gonadice b) tulburări de vedere: diplopie, îngustarea câmpului vizual pune în evidenţă manifestări obiective:
B. Examenul fizic	*1. Poziţia:* exprimă disconfort, fatigabilitate, apatie, neatenţie *2. Mişcări şi contracţii involuntare:* – tremurături fine, rapide, apar la nivelul extremităţilor, pleoapelor, cu asinergia mişcărilor oculo-palpebrale în hipertiroidism – contracţii tonice ale musculaturii somatice, mai ales la extremităţi în hipoparatiroidism – convulsii parţiale în tumori *3. Aspectul feţei:* a) facies hipertiroidian – exprimă spaimă, nelinişte, prezintă exoftalmie, clipeşte rar – pleoapele închise tremură, uneori nu acoperă în întregime globul ocular

b) facies hipotiroidian sau mixedematos – un aspect pufos, buhăit, cu piele aspră, îngroşată, palidă, rece, ceroasă
– sprâncenele sunt rare sau absente în partea externă, pleoapele edemaţiate
– buzele îngroşate, limba edemaţiată
c) facies cushingoid, când are aspect de „lună plină"
– pielea prezintă teleangiectazii, acnee, hirsutism
– grăsimea facială se acumulează periauricular
d) facies acromegalic – există un aspect caracteristic prin prognatism; pielea este îngroşată, cu cute frontale
– nasul, buzele şi urechile sunt îngroşate, lăţite; limba mărită (macroglosie), spaţii interdentare lărgite, dând dinţilor aspect de evantai
e) facies addisonian – caracterizat prin modificări de culoare a pielii, asemănătoare cafelei cu lapte; pe acest fond de hiperpigmentare difuză, apar pete şi mai pigmentate, repartizate neuniform, ceea ce dă un aspect de murdar; pete asemănătoare apar şi pe mucoasa bucală
f) facies hipopituitar (din nanismul hipofizar) – se caracterizează prin contrast între aspectul infantil general şi cel îmbătrânit al pielii
g) faciesul din insuficienţa hipofizară globală (necroză hipofizară) – prezintă trăsături şterse, pielea din jurul ochilor este colorată galben-deschis, buhăită şi ridată

4. Statura:
a) gigantismul – creşterea de peste doi metri cauzată de hipersecreţia hipofizară de hormon somatotrop
b) nanismul – înălţime mică (1,20–1,50 m); are două variante:
– nanism hipofizar – proporţionat, armonic, dar cu dezvoltare somatică deficitară şi, în schimb, cu funcţii psihice normale
– nanism tiroidian – disproporţionat, disarmonic, pitic cu membre scurte faţă de trunchi, capul mare în raport cu corpul, funcţii psihice retardate

5. Starea de nutriţie – poate fi evaluată după anumiţi parametri: dezvoltarea musculaturii, a ţesutului adipos şi a greutăţii corporale, raportată la sex, vârstă, înălţime

Obezitatea:
a) de tip Cushing – grăsimea se dispune, caracteristic la nivelul gâtului (ceafă de bivol), feţei (faţă „în lună plină) şi abdomenului (şorţ abdominal)
– membrele rămân subţiri proximal şi distal

• b) obezitatea din sindromul adipozo-genital: apare la vârste foarte tinere, cuprinde sânii, abdomenul, regiunea pubiană, rădăcinile membrelor, şoldurile şi coapsele, ceea ce dă băieţilor un aspect feminin.

• c) obezitatea din hipotiroidie – dominată de mixedem, se dispune difuz, cu predominenţă la faţă, gât, cap, periarticular la gleznă şi genunchi

• d) obezitatea hipotalamică – rară, predomină la femei (80%) şi se instalează brusc, de obicei după o traumă; este dispusă pe abdomen, trunchi, la rădăcina membrelor, cap şi gât

• e) obezitatea din insuficienţa gonadică diferă după sex: la bărbaţi, are dispoziţie feminină; nu interesează extremităţile membrelor, gâtul şi capul

slăbirea – reprezintă scăderea sub greutatea ideală

– scăderea cu 10–15 kg, în câteva luni, avertizează asupra hipertiroidiei, bolii Addison sau este un prim semn în diabet

– caşexia apare în insuficienţa hipofizară globală

6. Starea mentală:

– labilitate afectivă, ideaţie rapidă în hipertiroidism

– lentoare în gândire, dificultate în vorbire (bradilalie), tulburări de memorie în hipotiroidie

– depresie, labilitate emoţională, tulburări de memorie şi atenţie în sindromul Cushing

7. Aspectul tegumentelor:

– hiperpigmentare generalizată, mai accentuată pe regiunile descoperite, de plicile de flexiune ale membrelor, plica cotului, axile, pe eventualele cicatrici operatorii; apare şi pe mucoasa bucală (bolta palatină, gingii, obraji) în boala Addison

– piele aspră, îngroşată, rece, ceroasă în hipotiroidie

– piele caldă, umedă şi subţire în hipertiroidie

– vergeturi roşii-violacee la nivelul abdomenului, coapselor şi sânilor în sindromul Cushing

8. Părul şi unghiile

Părul – se observă distribuţia pe diferite regiuni, aspectul, textura:

– hipertricoză – pilozitate abundentă pe întreg corpul sau în zone anormale pentru sexul respectiv (faţă, regiune mamară, linia albă), asociată cu îngroşarea voci în ovarul polichistic virilizant, acromegalie

– hirsutism – dezvoltare de tip masculin a pilozităţii la femeie (mustată, barbă, inserţie masculină a pilozităţii genitale); se asociază cu calviţie, hipertrofia clitorisului, atrofie mamară, amenoree; se întâlneşte în boli suprarenaliene (sindrom Cushing, tumori, sindrom adrenogenital), ovarul polichistic, tumori hipofizare

– pierderea pilozității (alopecia) în hipotiroidie; părul este aspru, decolorat, friabil, uscat; sprâncenele sunt rare sau absente în partea externă

– păr mătăsos, subțire și fragil în hipertiroidie

– căderea părului axilar și pubian în insuficiența hipofizară

Unghiile:

– concave, cu aspect de linguriță, subțiri, friabile în boala Addison

– friabile, îngroșate în tireotoxicoză

– lungi și înguste în eunucoidism (insuficiență gonadică congenitală sau după intervenții chirurgicale) și hipopituitarism

– cu aspect pătrat în acromegalie

– subțiate, fisurate longitudinal în mixedem

9. Edemul:

– în hipotiroidism este o infiltrație edematoasă (o acumulare de polizaharide în soluție vâscoasă, proteică); este generalizat, alb – păstos cu elasticitate redusă, nu lasă godeu; uneori, apare mixedem pretibial, care are caracter elefantiazic; interesează și mucoasele, ceea ce determină voce răgușită, vorbire lentă, macroglosie, disfagie

10. Ochii:

– exoftalmie, tipică în boala Basedow, însoțită de lăcrimare

– scăderea secreției lacrimale în diabetul zaharat

11. Oase și mușchi:

– deformări, osteoporoză

– scăderea forței musculare

– hipertrofie musculară la femei, în ovarul polichistic virilizant

12. Aparatul genital și sâni:

– secreție lactată anormală (galactoree) în prolactinom

– absența caracterelor sexuale secundare sau involuția acestora, dezvoltarea precoce sau insuficienta dezvoltare a organelor genitale

– dezvoltarea sânilor la bărbați (ginecomastie)

13. Semne vitale

Temperatura:

– crește la hipertiroidieni și scade la hipotiroidieni din cauza modificărilor metabolice

Pulsul:

– tahicardie în hipertiroidism, bradicardie în hipotiroidism

Tensiunea arterială:

– creșteri foarte mari până la 200–300 mmHg în feocromocitom

	– creşte maxima şi scade minima în hipertiroidism – scade maxima şi creşte minima în hipotiroidism – hipotensiune în boala Addison *Respiraţia:* – dispnee în feocromocitom – respiraţie dificilă la efort, în boala Addison şi hipertiroidism – laringospasm în hipoparatiroidism
Probleme	*1. Cooperare ineficientă la nivel individual,* din cauza: – nervozităţii determinată de boală, de schimbarea stilului de viaţă – anxietăţii, insomniei – imposibilităţii rezolvării problemelor, a tratamentului permanent – posibilelor intervenţii chirurgicale – tulburărilor senzoriale (vizuale, auditive) – deteriorării relaţiilor interpersonale *2. Alterarea proceselor de gândire* cauzată de implicarea sistemului nervos în procesul de boală manifestată prin: – cefalee – somnolenţă, lentoare psihică sau agitaţie, ideaţie rapidă – tulburări psihice (ce pot ajunge până la sinucidere în sindromul Cushing) *3. Alterarea confortului* determinată de: – cefalee în tumorile hipofizare, feocromocitom, hiperaldosteronism – tulburări de termoreglare în hipertiroidie (intoleranţă la cald) şi hipotiroidie (intoleranţă la frig) – transpiraţii excesive în feocromocitom, hipertiroidism şi hipoglicemie – dureri articulare în hipotiroidism şi acromegalie *4. Alterarea imaginii de sine (a imaginii corporale)* în legătură cu: a) *schimbarea aspectului,* greutăţii corporale în hipertiroidie, hipotiroidie, sindromul Cushing şi sindromul adipozo-genital, boala Addison b) *modificări la nivelul tegumentelor:* – hiperpigmentarca în boala Addison – echimoze în sindromul Cushing – roşeaţa fetei în feocromocitom – hirsutism în tumorile suprarenaliene c) *creşterea riscului de rănire,* ca urmare a oboselii musculare, a fatigabilităţii, a tulburărilor de vedere în acromegalie, sindrom Cushing, hiperparatiroidism, hipertiroidism

– slăbiciune musculară până la paralizie în hiperaldosteronism, din cauza hipopotasemiei

– creşterea incidenţei fracturilor, ca urmare a osteoporozei, în sindromul Cushing, hiperparatiroidism

d) *disfuncţie sexuală* prin:

– scăderea libidoului în acromegalie, hipotiroidie, diabet zaharat

– impotenţă

– tulburări menstruale: menoragie în hipertiroidism; amenoree în hipotiroidism, sindrom Cushing, tumori hipofizare

5. Alterarea nutriţiei în legătură cu procesul patologic (modificări metabolice), manifestată prin: ingerarea unei cantităţi mai mici sau mai mari de alimente, faţă de nevoile organismului

– în hipotiroidism, ca urmare a scăderii ratei metabolice, pacientul creşte în greutate

– în insuficienţa corticosuprarenaliană, feocromocitom, hiperparatiroidie, datorită anorexiei şi vărsăturilor, pacientul scade în greutate

– în hipertiroidism, necesităţile organismului cresc datorită creşterii ratei metabolice; deşi ingerează o cantitate crescută de alimente, pacientul scade în greutate

6. Alterarea eliminărilor intestinale, în legătură cu procesul patologic, manifestată prin:

– diaree în hipertiroidism, boala Addison

– constipaţie în hipotiroidie, hipercalcemie şi feocromocitom

7. Alterarea echilibrului hidric

– deficit actual sau potential de volum în diabetul zaharat, diabetul insipid, ca urmare a poliuriei şi polidipsiei, iar în boala Addison, ca urmare a deshidratării prin pierdere excesivă de apă şi NaCl

– exces de volum în sindromul Cushing, hipotiroidie, ca urmare a reabsorbţiei excesive, la nivel renal, a sodiului şi a apei

8. Alterarea echilibrului electrolitic, în legătură cu:

– hipopotasemia manifestată prin: oboseală musculară, aritmii cardiace, încetinirea tranzitului intestinal, până la ileus paralitic în sindromul Cushing, hiperaldosteronism

– hiperpotasemia manifestată prin greţuri, vărsături, crampe musculare, în boala Addison

– hipercalcemia, în hiperparatiroidism, manifestată prin sete, poliurie lăptoasă (datorită calciuriei), anorexie, greaţă, constipaţie

	9. Intoleranţă (scăderea toleranţei) la activitate, în legătură cu: – oboseală fizică şi psihică – nervozitate şi agitaţie, irascibilitate, tremurături – dureri articulare, ducând la imposibilitatea de a îndeplini activităţile zilnice *10. Creştere potenţială a riscurilor de infecţie şi întârziere a vindecării rănilor,* în diabetul zaharat, bolile suprarenaliene, hipotiroidism, ca urmare a scăderii răspunsului imunitar *11. Deficit de cunoştinţe,* în legătură cu: – boala şi cauzele ei – tratamentul, regimul alimentar şi de viaţă – creşterea riscului de infecţie şi rănire – importanţa examenului periodic **NOTĂ:** Lista problemelor nu este restrictivă; ea poate fi completată şi reformulată după necesitate, aşa cum se va vedea şi în cazul diferitelor boli. De asemenea, în dorinţa de a oferi cât mai multe informaţii într-un spaţiu restrâns, de a explica unele manifestări, formulările nu ţin seama întotdeauna de cele trei elemente ale diagnosticului de nursing
Obiective	– îmbunătăţirea capacităţii de cooperare a pacientului – menţinerea şi îmbunătăţirea proceselor de gândire – asigurarea confortului – îmbunătăţirea şi acceptarea imaginii de sine – menţinerea unei stări nutriţionale adecvate, a echilibrului hidric şi electrolitic – îmbunătăţirea participării la activităţi – reducerea riscului de infecţie şi rănire – educarea pacientului cu boli endocrine
Intervenţii	– Asistentul îndeplineşte următoarele sarcini: *a) pentru îmbunătăţirea capacităţii de cooperare:* – ajută pacientul să înţeleagă că starea de anxietate este legată de procesul de boală şi se aşteaptă o schimbare datorită tratamentului – îşi rezervă mai mult timp pentru a sta de vorbă cu pacientul, îi oferă posibilitatea să-şi exprime gândurile; îl antrenează într-o activitate relaxantă – distractivă, dacă este posibil – asigurându-i o preocupare nouă – sfătuieşte familia şi vizitatorii să evite discuţiile şi situaţiile tensionate, veştile neplăcute

b) pentru menținerea și îmbunătățirea proceselor de gândire:
– explică pacientului cauzele bolii la nivelul actual de înțelegere (ex: hipotiroidia, unde există bradipsihie)
– colaborează cu familia pentru a sprijini pacientul
– asigură condiții de mediu, care să liniștească bolnavul: lumină difuză, muzică lentă, limitarea vizitelor sau evitarea celor nedorite

c) pentru creșterea confortului, se asigură:
– cameră mai caldă sau mai răcoroasă, în funcție de tulburările de termoreglare
– îmbrăcăminte adecvată, schimbarea lenjeriei
– igiena corporală
– calmarea durerilor articulare prin repaus, comprese calde sau reci (după necesitate), aspirină, antiinflamatoare nesteroidiene, dacă sunt compatibile cu restul tratamentului

d) în vederea îmbunătățirii și acceptării imaginii modificate:
– ajută pacientul să înțeleagă că unele manifestări de boală dispar sub tratament: îl ascultă cu răbdare, răspunde la întrebări
– îl informează că disfuncția sexuală va fi influențată pozitiv de tratament
– ajută pacientul (îl sfătuiește) să folosească machiajul pentru corectarea imaginii (mai ales a modificării tegumentelor)

e) pentru îmbunătățirea stării nutriționale:
– asigură un regim alimentar adecvat cantitativ și calitativ; dacă este posibil, ține seama de preferințele bolnavului
– supraveghează respectarea regimului alimentar
– cântărește pacientul cu același cântar, la aceeași oră, în aceleași condiții, notează greutatea
– asigură servirea igienică a alimentelor
– sfătuiește pacientul să corecteze gustul alimentelor

f) în vederea menținerii echilibrului hidric și electrolitic:
– *identifică hipovolemia și semnele de deshidratare prin:*
  – măsurarea tensiunii arteriale în decubit, șezând, ortostatism
  – măsurarea pulsului în aceleași condiții
  – cercetarea turgorului: persistența pliului cutanat mai mult de 20 secunde arată deshidratare
  – supravegherea mucoasei bucale
  – evidența intrărilor și ieșirilor lichidelor (bilanț hidric) pe căi naturale pierderi patologice

– *asigură echilibrul hidric normal prin:*
  – hidratare orală, dacă tolerează, administrare frecventă de lichide; punerea la îndemâna pacientului imobilizat a lichidelor

– folosirea sucului de roşii, a laptelui şi supei de carne, în locul apei

– hidratarea parenterală, la nevoie, conform prescripţiilor medicale

– supravegherea diurezei, care trebuie să crească la 25-30 ml/oră, cu o densitate de 1015-1020

– identifică excesul de volum lichidian prin:

– supravegherea tensiunii arteriale şi a pulsului

– observarea atentă a pacientului pentru depistarea edemelor; cântărirea

– evită excesul (acumularea) de lichide prin:

– reducerea cantităţii de lichide la 1200–1500 ml/zi, ceea ce determină sete greu tolerată de pacient;

– reducerea sodiului, folosirea alimentelor care conţin sodiu, în cantitate mică (cereale, fructe, cartofi, miere)

– sfătuirea pacientului să mestece gumă, care stimulează salivaţia şi menţine mucoasa umedă

– administrarea unor cantităţi mici de lichide (când nu suportă setea); clătirea gurii, după care este rugat să arunce lichidul

– identifică semnele unor tulburări electrolitice prin:

– evaluarea unor simptome: greaţă, diaree, slăbiciune musculară

– ionogramă sanguină şi urinară

– acţionează pentru creşterea aportului de potasiu prin:

– încurajarea consumului alimentelor care conţin potasiu (citrice, pepene galben, banane, cartofi, fasole)

– instruirea pacientului pentru cunoaşterea acestor alimente şi alcătuirea meniului

– anunţă medicul de toate modificările survenite în starea pacientului

g) pentru creşterea participării la activităţi:

– sfătuieşte pacientul să reducă, la început, efortul fizic la minimum posibil, să-şi reia treptat activitatea, să alterneze odihna cu efortul

– sprijină pacientul în desfăşurarea unor activităţi zilnice, îl încurajează atunci când întreprinde ceva, îl stimulează să-şi asume unele responsabilităţi

– identifică, împreună cu acesta, factorii care favorizează creşterea toleranţei la activitate.

	h) în vederea reducerii riscului de rănire şi infecţie, sfătuieşte pacientul: – să evite rănirile, în special la picioare, să nu folosească pantofi strâmţi, să nu umble cu picioarele goale – să evite aglomeraţia şi contactul cu persoanele bolnave – să schimbe locul de muncă, dacă există risc de rănire – să se prezinte la medic, la orice semn de infecţie – să evite tehnicile invazive (injecţiile la minimum necesar) *i) pentru educaţia pacientului*, va realiza: – informarea pacientului privind modul de producere a bolii, factorii favorizanţi şi agravanţi – instruirea pacientului referitor la tratament: – medicamente prescrise (denumirea) – doze, orar, cale de administrare – efectul terapeutic şi reacţiile adverse – când se întrerupe tratamentul, când se schimbă doza – ce face când nu poate lua medicamente – instruirea referitor la modificarea regimului alimentar: – scopul dietei – tipul şi cantitatea alimentelor care trebuie evitate – substanţele folosite pentru corectarea gustului înlocuind pe cele interzise (ex: zaharină, oţet, lămâie, plante aromatizante) – instruirea pacientului privind evitarea riscului de rănire.

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ALE HIPOFIZEI

Bolile hipofizare sunt produse de excesul sau deficitul de hormoni. Excesul de hormoni apare, mai ales, în tumorile hipofizare, în perioada de debut, acestea reprezentând aproximativ 10% din tumorile intracraniene.

Tumorile sunt formate din celule care nu secretă nici o stimulină (adenomul cromofob) sau din celule secretoare care determină creşterea hormonilor glandulari tropi, cu influenţă asupra glandelor controlate (ACTH determină sindromul Cushing, TSH-ul – hipertiroidie, creşterea STH-gigantism şi acromegalie), prolactină-prolactinom.

Deficitul de hormoni poate fi determinat de leziuni tumorale (care distrug glanda), sau netumorale.

A. PACIENTUL CU MACROSOMIE HIPOFIZARĂ (ACROMEGALIE ŞI GIGANTISM)

Afecţiunile sunt determinate de excesul de somatotrop, manifestările fiind diferite în funcţie de vârsta la care intervine tulburarea.

Culegerea datelor	*Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) *la adult:* apare acromegalia mai frecvent între 30–50 ani şi se manifestă prin: – cefalee, oboseală, parestezii în mâini şi picioare – tulburări psihice: iritabilitate, emotivitate exagerată – tulburări vizuale prin compresiune (hemianopsie), greţuri, vărsături – dureri articulare – hipersudoraţie, piele groasă, încreţită (pahidermie) – cap mare, nas gros şi lung, buze groase, mandibulă împinsă înainte, (prognatism) – limbă mare (macroglosie), dinţi mari – cresc mâinile şi picioarele, degetele sunt groase – modificări ale vocii – organele interne cresc în volum – disfuncţie sexuală: scade potenţa la bărbaţi; la femei, amenoree, frigiditate, sterilitate (deşi există macrogenitosomie) *la copil,* apare gigantismul manifestat prin: – creşterea exagerată, peste 2–2,10 m, mai evidentă la membre – tulburări neurologice: cefalee violentă, tulburări de echilibru, crize de epilepsie – deformări ale scheletului: cifoză, scolioză – modificări tegumentare
Probleme	– alterarea imaginii corporale, descreşterea stimei de sine datorită schimbării înfăţişării – alterarea confortului din cauza cefaleei, durerilor articulare, parestezilor, tulburărilor de echilibru – alterarea potenţială a percepţiei vizuale din cauza compresiunii exercitată de tumoră, manifestată prin diminuarea acuităţii vizuale, îngustarea câmpului vizual – alterarea comunicării din cauza macroglosiei, prognatismului, manifestată prin dificultăţi de articulare a cuvintelor – alterarea igienei personale din cauza transpiraţiei excesive, modificărilor tegumentare (pahidermia) – disfuncţie sexuală din cauza modificărilor hormonale, manifestată prin scăderea potenţei la bărbat, amenoree, frigiditate, sterilitate la femei – intoleranţă la activitate din cauza oboselii, parestezilor – respiraţie ineficientă din cauza cifozei

Obiective	*pacientul:* – să accepte imaginea corporală modificată, să vorbească deschis despre schimbările sale, să-şi asume responsabilităţi – să exprime diminuarea durerilor şi disconfortului – să detecteze tulburările vizuale şi să le raporteze – să prevină leziunile accidentale favorizate de tulburările de vedere – să demonstreze creşterea abilităţii de comunicare – să-şi menţină igiena corporală – funcţia sexuală să revină la normal în urma tratamentului, pacientul să exprime satisfacţie – să poată vorbi despre operaţie fără teamă
Intervenţii	– încurajarea pacientului să vorbească despre schimbările survenite în înfăţişarea sa – consiliere psihologică după necesitate – încurajarea menţinerii rolului social, a îndeplinirii responsabilităţilor – sprijinirea pacientului în desfăşurarea unor activităţi curente, creşterea confortului – aprecierea localizării şi intensităţii durerilor, calmarea acestora, a cefaleei – observarea mişcărilor oculare – pregătirea pacientului şi participarea la examinarea ochilor – încurajarea comunicării, folosirea unor coduri de comunicare – încurajarea igienei, observarea aspectului tegumentelor, folosirea loţiunilor şi cremelor pentru diminuarea pahidermiei – stimularea pacientului să vorbească despre disfuncţia sexuală, pentru a putea urmări evoluţia sub tratamentul substitutiv – instruirea în legătură cu operaţia, cu pregătirea preoperatorie, îngrijirea postoperatorie

B. PACIENTUL CU MICROSOMIE HIPOFIZARĂ (NANISMUL HIPOFIZAR)

Este o tulburare complexă de creştere şi dezvoltare prin insuficienţa hormonului somatotrop.

Culegerea datelor	Debutează în copilărie, dar se evidenţiază în pre- şi pubertate. Este determinată de tumori hipofizare, cerebrale, meningite, encefalite, meningoencefalite, TBC, radiaţii. Manifestări de dependentă (semne şi simptome) – statură mică faţă de vârstă, aspect armonios – faţă mică, maxilar şi mandibulă nedezvoltate, expresie juvenilă – unghii moi

	– acromicrie (mâini şi picioare mici) – imaturitate sexuală, caractere sexuale şterse sau absente – complexe de inferioritate
Probleme	– deficit de cunoştinţe – potenţială cooperare individuală ineficace – alterarea imaginii corporale – disfuncţie sexuală
Obiective	Familia şi pacientul să demonstreze cunoaşterea tratamentului medicamentos, a efectului acestuia şi a reacţiilor adverse. *pacientul:* – să folosească strategii care să-l ajute să depăşească stresul creat de complexele de inferioritate – să-şi îmbunătăţească imaginea corporală, să descrie realizările vieţii sale, să accepte această imagine – să descrie disfuncţia sexuală
Intervenţii	– informarea şi instruirea pacientului şi a familiei sale cu privire la tratament, control medical, eficienţa acestora – încurajarea pacientului pentru a desfăşura activităţi accesibile, ţinând seama de deficienţe, pentru depăşirea complexelor de inferioritate – antrenarea în diferite activităţi care să-i permită unele performanţe (munci intelectuale), care să-l stimuleze pentru autorealizare – supravegherea strictă a tratamentului pentru stimularea creşterii şi diminuarea deficitului sexual

C. PACIENTUL CU DIABET INSIPID

Diabetul insipid este o urmare a lipsei de secreţie a hormonului antidiuretic (ADH) sau a efectului acestuia asupra procesului de formare a urinii.

Culegerea datelor	În antecedente: – accidente sau traumatisme cranio-cerebrale, intervenţii pe hipofiză – boli inflamatorii sau degenerative ale hipofizei posterioare, ale nucleilor hipotalamici – tratamente cu vinblastină – cazuri în familie (diabetul nefrogen este ereditar) *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – poliurie instalată brusc, dramatic, cu 5–20 l/zi – sete chinuitoare – din cauza deshidratării, apar: febra, cefaleea, greaţa şi vărsăturile, agitaţia psihomotorie

	– balonare, greutate în epigastru – tulburări respiratorii şi cardiace – nu poate dormi, ceea ce determină nervozitate, scăderea atenţiei şi randament scăzut
Probleme	– tulburarea echilibrului hidro-electrolitic – alterarea confortului în legătură cu: cefaleea, febra, agitaţia – alterarea nutriţiei – alterarea frecvenţei cardiace – dificultate de adaptare şi integrare socială – cooperare individuală ineficace – deficit de cunoştinţe în legătură cu înţelegerea bolii, a regimului alimentar şi de viaţă, a tratamentului
Obiective	Multe probleme fiind comune şi altor boli, obiectivele sunt asemănătoare. *specific:* – să-şi menţină echilibrul hidro-electrolitic şi nutriţional – să exprime cunoaşterea tratamentului, efectele aşteptate şi reacţiile secundare
Intervenţii	*specific:* – informarea pacientului asupra efectelor deshidratării, a semnelor de deshidratare şi importantei tratamentului continuu – administrarea de Retrohipofiză sub formă de pulbere, care se prizează nazal 20–50–100 mg la 4–6 ore conform prescripţiei după dezobstruarea corectă a narinelor; pulberea nu trebuie înghiţită, fiind iritantă pentru căile respiratorii – sfătuirea pacientului privind importanţa controlului medical permanent

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU AFECŢIUNI ALE GLANDEI TIROIDE

PACIENTUL CU HIPERTIROIDIE

Hipertiroidia este urmarea producerii în exces a hormonilor tiroidieni şi creşterea concentraţiei acestora în plasmă.

Culegerea datelor	În antecedente: – existenţa unei infecţii (gripă, sifilis) sau a unei traume psihice (emoţii, stări de tensiune, suferinţe psihice), care acţionează asupra centrilor nervoşi şi stimulează producerea de TSH – tratament cu hormoni tiroidieni, operaţii recente pe creier – predispoziţie familială - sexul – este mai frecventă la femei (7/1) – vârsta – incidenţă maximă între 20-40 ani

	manifestări de dependenţă (semne şi simptome) *la început:* – astenie, insomnie, nervozitate, iritabilitate, oboseală musculară – nespecifice bolii *mai târziu:* – transpiraţie la palme şi la cap – creşterea apetitului – diaree 3-4 scaune/zi, ajungând la 10–15, uneori vărsături – facies hipertiroidian (exoftalmie) – rigiditatea musculaturii, tulburări de coordonare a mişcărilor, nesiguranţă în mers – tremurături ale extremităţilor, agravate de emoţii şi oboseală – tahicardie 100-140/minut; nu scade în timpul somnului (semn caracteristic) – modificări ale tensiunii arteriale (creşte tensiunea arterială sistolică la 140 mmHg şi scade diastolica la 40–60 mmHg) – piele caldă, umedă, catifelată, subţire – uneori, chiar febră determinată de creşterea ratei metabolice, intoleranţă la căldură – unghii friabile, roz; cade părul – tulburări psihice: labilitate afectivă, ideaţie rapidă; agitaţie, anxietate, nu are răbdare să-şi termine fraza – insomnie, somn neliniştit, insuficient cantitativ şi calitativ, cu coşmaruri – guşa – semn caracteristic în boala Basedow, poate fi moale, difuză sau fermă, nodulară – descreşterea libidoului, sterilitate, impotenţă, tulburări menstruale la femei *în criza tireotoxică:* – semne agravate la bolnavii supuşi unor agresiuni (emoţii, operaţii, surmenaj) – tahicardie, hipertensiune, astenie extremă
Probleme	– cooperare ineficientă – alterarea nutriţiei – alterarea confortului: transpiraţii, intoleranţă la căldură – alterarea confortului: insomnie – alterarea eliminărilor intestinale: diaree – alterarea ritmului cardiac (debitului cardiac) – alterarea imaginii corporale-exoftalmie, slăbire – intoleranţă la activitate – deficit de cunoştinţe în legătură cu evoluţia bolii şi a tratamentului – posibilă rănire accidentală din cauza tremurătorilor, oboselii – posibile leziuni ale ochilor din cauza exoftalmiei manifestate prin lezarea corneei, disconfort, pierderea/scăderea acuităţii vizuale

Obiective	Pacientul să fie capabil: – să coopereze, să scadă nervozitatea – să mențină o bună stare nutrițională – să crească toleranța la căldură – să doarmă conform nevoilor – să se odihnească – să-și restabilească orarul eliminărilor – să nu prezinte tulburări cardiace – să accepte imaginea corporală, să vorbească despre temerile sale – să crească toleranța la activitate – să demonstreze cunoașterea evoluției bolii și a tratamentului – să nu prezinte leziuni traumatice – să nu prezinte tulburări de vedere
Intervenții	● *asigurarea unui mediu liniștit* ● *asigurarea unei alimentații corespunzătoare prin:* – dietă hipercalorică (4 000 calorii) echilibrată, cu supliment de vitamine – creșterea cantității de lichide (3 000–4 000 ml/zi) – monitorizarea albuminelor serice, hemoglobinei, limfocitelor ● *evitarea alimentelor care produc diaree;* supravegherea eliminărilor intestinale ● *asigurarea unei camere cu temperatură mai scăzută,* bine ventilată ● *măsurarea temperaturii corpului,* combaterea febrei, la nevoie ● *schimbarea lenjeriei, dacă transpiră;* asigurarea igienei corporale ● *asigurarea condițiilor pentru odihnă și somn* (vezi partea generală) ● *măsurarea pulsului, tensiunii arteriale, respirației.* în cursul unor episoade de palpitații, vertij, angor, raportarea modificărilor survenite, medicului ● *să evite leziunile oculare prin:* – protejarea ochilor de lumină puternică, folosind ochelari fumurii, acoperirea fantei palpebrale în timpul somnului – aplicarea compreselor reci pentru reducerea iritației – administrarea picăturilor: ser fiziologic, cortizon, conform indicațiilor – examinarea frecventă a transparenței corneei, informarea medicului în caz de modificare ● *reducerea riscului de lezare accidentală prin:* – evitarea deplasărilor inutile; așezarea obiectelor utile lângă pacient, îndepărtarea celor inutile – asigurarea unei iluminări suficiente

	– supravegherea celor care fumează, pentru a nu scăpa ţigările aprinse (din cauza tremurăturilor) – folosirea papucilor sau pantofilor care nu alunecă ● *instruirea pacientului cu privire la boală, tratament, regim* (vezi partea generală) ● *se discută cu pacientul despre imaginea sa corporală;* este ajutat să desfăşoare anumite activităţi (vezi partea generală) ● *Intervenţii în criza tireotoxică* – menţinerea stării de conştienţă, eliminarea tuturor factorilor stresanţi – supravegherea respiraţiei, administrarea O_2, în poziţie semişezând – supravegherea ritmului cardiac – administrarea tratamentului conform prescripţiei (soluţie Lugol, HHC în perfuzie sau cortizon acetat intramuscular, sedative puternice)

PACIENTUL CU HIPOTIROIDIE

Hipotiroidia este consecinţa insuficienţei secreţii de hormoni tiroidieni.

Culegerea datelor	– lipsa iodului din apă în zona geografică unde locuieşte pacientul – tratament cu antitiroidiene, iradierea gâtului – infecţii acute ca: gripă, scarlatină, rujeolă, febra tifoidă, reumatism articular acut în antecedente – sexul – este mai frecventă la femei (5–6 femei/un bărbat); la adult apare între 40–60 ani – absenţa congenitală a glandei produce mixedemul congenital – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – bolnav lent, indiferent, somnolent; greutate în vorbire (bradilalie) – vestimentaţie în dezacord cu anotimpul şi temperatura mediului (mai îmbrăcat) – facies hipotiroidian (vezi manifestările generale) – gât scurt, torace globulos – tegumente groase, infiltrate, uscate, palid gălbui, extremităţi reci – unghii groase, casante, cu striaţiuni – păr subţire, uscat, rar; cade – forţă musculară scăzută, musculatură infiltrată, reflexe încetinite – creştere în greutate – alterarea gingiilor şi a dinţilor, tulburări de masticaţie (din cauza macrogosiei); secreţie salivară redusă, deglutiţie dificilă – inapetenţă, constipaţie, meteorism – bradicardie, creşterea tensiunii arteriale minime

	– intoleranţă la frig, hipotermie – infantilism genital, sterilitate, tulburări menstruale – tulburări psihice tulburări de memorie, scăderea atenţiei, depresie: la copii, întârziere în vorbire
Probleme	– alterarea proceselor de gândire – tulburări de memorie: letargie, scăderea inlelectului – intoleranţă la frig: hipotermie şi disconfort – alterarea integrităţii tegumentelor: edem şi uscăciune excesivă – alterarea eliminărilor intestinale: constipaţie, meteorism – deficit de autoîngrijire din cauza scăderii mobilităţii, tulburărilor psihice – alterarea ritmului cardiac – alterarea imaginii corporale din cauza schimbării aparenţei fizice
Obiective	Pacientul: – să demonstreze orientare temporo-spaţială, să crească motivaţia pentru unele activităţi – să nu prezinte modificări ale temperaturii corpului – să participe la acţiuni de protejare a pielii – să-şi reia eliminarea normală – să fie capabil să se autoîngrijească – să identifice factorii care pot deregla ritmul cardiac şi semnele de intoleranţă la diferite activităţi – să menţină relaţii interpersonale – să cunoască regimul de viaţă şi tratamentul
Intervenţii	– evaluarea nivelului de conştienţă al pacientului prin determinarea permanentă a orientării în timp şi în spaţiu – menţinerea unui mediu sigur, nestresant – asigurarea confortului: cameră mai caldă, două pături, haine mai groase, mai multe după dorinţa pacientului – măsurarea temperaturii corpului, notarea – sprijinirea pacientului pentru îngrijirea tegumentelor pentru creşterea mobilităţii – asigurarea eliminărilor intestinale prin creşterea cantităţii de lichide (când nu sunt semne de alterare cardiacă), creşterea fibrelor în alimentaţie – respectarea intimităţii pacientului, stimularea pentru autoîngrijire – măsurarea tensiunii arteriale şi a pulsului, observarea edemelor, a venelor jugulare pentru depistarea modificărilor stării cardiace – asigurarea unei diete cu mai puţin sodiu şi lipide – educarea pacientului pentru cunoasterea: – testelor de diagnostic şi a terapiei de compensare (substitutive) pe termen lung

	– medicamentelor: nume, doze, ritm, efect, reacţii secundare – autosupravegherii: funcţii vitale, greutate, constipaţie, modificări tegumentare, metode de prevenire şi îngrijire – importanţei controlului medical – explicarea necesităţii intervenţiei chirurgicale, în cazul în care hipotiroidia se însoţeşte de guşă voluminoasă

PACIENTUL CU TIROIDECTOMIE

Operaţia pe tiroidă se face la pacienţii cu hipertiroidism, care nu răspund la tratamentul medicamentos, la cei cu guşă mare, care exercită compresiune pe structurile din jur sau afectează grav imaginea persoanei şi în cancerul tiroidian.

Se face tiroidectomie totală sau subtotală.

Culegerea datelor	– pacientul se teme de operaţie: nu ştie dacă va reuşi, dacă manifestările vor dispărea; se teme de diagnostic în cancerul tiroidian – nu cunoaşte regimul de viaţă şi îngrijirea postoperatorie, se teme de complicaţii
Probleme	– deficit de cunoştinţe în legătură cu operaţia – alterarea confortului din cauza durerii – tulburarea potenţială a respiraţiei din cauza edemului şi compresiunii pe trahee – posibilă sângerare din cauza creşterii permeabilităţii vasculare – posibilă alterare a comunicării din cauza edemului laringian şi atingerii nervului recurent – posibilă alterare a nivelului calciului din sânge (scădere) din cauza lezării chirurgicale a glandelor paratiroide, manifestată prin crize de tetanie
Obiective	Pacientul: – să poată vorbi despre operaţie fără teamă – să demonstreze capacitate de cooperare pentru respectarea regimului de viaţă postoperator – să respire în limite normale, eficient – să nu sângereze – să nu prezinte durere, sau să fie minimă, controlată – să comunice fără dificultate – să nu facă crize de tetanie
Intervenţii	– informarea bolnavului privind operaţia, oferirea posibilităţii să-şi exprime temerile – prevenirea pacientului asupra posibilei schimbări a vocii

	– educarea pacientului cu privire la terapia de substituţie după intervenţia chirurgicală – calmarea durerii prin: – administrarea medicamentelor analgezice – învăţarea pacientului să-şi sprijine capul atunci când se întoarce plasând ambele mâini în spatele gâtului (pe ceafă) – menajarea regiunii pe care s-a făcut incizia prin alimentaţie lichidă, la început; apoi, semisolidă, cu dietă bogată în proteine şi hidrocarbonate – favorizarea respiraţiei, supravegherea prin: – poziţie adecvată – pregătirea unei truse de urgenţă pentru traheostomie – supravegherea pansamentului, să nu fie prea strâns – administrarea oxigenului; la nevoie, aspirarea secreţiilor – monitorizarea semnelor vitale, a aspectului tegumentelor – supravegherea stării de conştienţă – încurajarea pacientului să comunice, identificarea unor tulburări prin: observarea răguşelii, a slăbirii vocii – se informează medicul – monitorizarea calciului în sânge prin: – observarea spasmelor musculare şi a semnelor specifice tetaniei, rigiditate în jurul gurii, rigiditatea degetelor de la mâini şi picioare – administrarea calciului conform prescriptiilor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU AFECŢIUNI ALE GLANDELOR PARATIROIDE

PACIENTUL CU HIPOPARATIROIDIE (TETANIE)

Tetania este afecţiunea acută sau cronică, provocată de insuficienta hormonului paratiroidian, care reglează metabolismul calciului menţinând calciul ionic în limite normale. Absorbţia intestinală a calciului este dependentă de vitamina D. Scăderea calciului determină creşterea excitabilităţii sistemului nervos, urmată de crize de tetanie.

Culegerea datelor	– vârsta şi sexul – este mai frecventă la tineri şi femei – in antecedente: operaţii pe tiroidă, iradierea glandei tiroide – nu există cauze (hipoparatiroidie esenţială) – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – contracturi tonice ale musculaturii somatice la efort, frig, traumatisme, emoţii, mai ales la extremităţi („mâna de mamoş") – spasme ale muşchilor laringieni, mai ales la copii, putând determina tulburări grave: asfixie, cianoză

	–dizartrie – parestezii: amorţeli, furnicături, înţepături – ameţeli, insomnii, somn neliniştit, cefalee – unghii subţiri, sfărâmicioase; păr rar şi subţire, cade – carii dentare frecvente, scăderea calciului sub limite normale, cataractă; sarcina agravează situaţia
Probleme	– deficit de cunoştinţe privind boala, evolutia, tratamentul – respiraţie ineficientă în criză din cauza spasmului laringian – posibilă lezare în timpul crizei – posibilă perturbare a somnului, anxietate
Obiective	Pacientul: – să demonstreze că are cunoştinţe despre boală şi criza de tetanie; să explice terapia pe termen lung – să-şi menţină calcemia în limite normale – să-şi menţină respiraţia adecvată, eficientă – să nu se rănească – să doarmă 7–8 ore somn odihnitor
Intervenţii	Asistenta – ajută pacientul – să înţeleagă cauzele bolii, importanţa tratamentului recomandat de medic pentru o perioadă lungă de timp (administrarea sărurilor de calciu asociată cu vitamina D sau cu Tachystin – să-şi alcătuiască un regim alimentar care să cuprindă produse cu un conţinut ridicat de calciu – să se prezinte la controlul medical pentru dozarea periodică a calciului – acţionează pentru scoaterea pacientului din criza de tetanie prin: – administrarea intravenoasă a produselor de calciu şi a sedativelor – evitarea lovirii pentru a nu creşte excitabilitatea – supravegherea în timpul crizei pentru a asigura respiraţia, pentru a evita rănirea; se îndepărtează toate constrângerile fizice (gulere, cordoane) – instruieşte pacientul să evite factorii care pot declanşa criza: frig, traumatisme, emoţii, eforul fizic

PACIENTUL CU HIPERPARATIROIDIE

Boala este caracterizată prin exces de hormoni paratiroidieni, care determină mobilizarea calciului din oase, depunerea în ţesuturile moi şi absorbtia exagerată a calciului din intestin.

Culegerea datelor	În 90% din cazuri este provocată de un adenom paratiroidian. Este mai frecventă la femei între 35–65 de ani, mai ales după menopauză. – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – urină în cantitate mare cu aspect lăptos datorită eliminării calciului – sete mare (polidipsie cu poliurie) – dureri osoase, eroziuni ale falangelor – oboseală musculară, hipotonie – constipaţie, inapetenţă, greaţă, vărsături
Probleme	– alterarea eliminărilor urinare – alterarea eliminării intestinale – disconfort din cauza durerilor – posibil deficit de volum din cauza eliminărilor crescute – posibile fracturi patologice din cauza demineralizării
Obiective	Pacientul: – să-şi menţină nealterată balanţa hidroelectrolitică – să nu prezinte leziuni – să elimine normal – să nu prezinte dureri; să-şi poată controla durerea – să accepte intervenţia chirurgicală
Intervenţii	Asistenta – ajută pacientul: – să accepte operaţia ca singură alternativă pentru îndepărtarea adenomului – să înţeleagă importanţa controlului medical, a dozării calciului în sânge – să evite leziunile prin cădere, creând condiţii de mediu favorabile – supraveghează ingestia şi eliminarea de lichide, aspectul urinii; informează medicul – calmează durerea prin reducerea efortului fizic

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ALE GLANDELOR SUPRARENALE

AFECŢIUNILE CORTICOSUPRARENALIENE (CSR)

Secreţia în exces a hormonilor corticosuprarenalieni determină un număr variat de boli.

Astfel, hipersecreţia de cortizon produce sindromul Cushing, hipersecreţia de estrogeni determină sindromul adreno-genital, iar excesul de foliculină sindromul de feminizare; hipersecreţia de aldosteron determină hiperaldosteronism.

În urma unor procese distructive, glanda nu mai secretă suficienți hormoni și se produce boala Addison sau insuficiența corticosuprarenală cronică.

PACIENTUL CU SINDROM CUSHING

Boala reunește toate manifestările datorate creșterii cortizolului.

Culegerea datelor	Poate fi determinată de: – adenom hipofizar secretant de ACTH – hipersecreție hipofizară de CRH (corticoliberină sau hormon eliberator) – administrare prelungită de ACTH sau corticoizi (sindrom iatrogen) – tumoră (adenom sau adenocarcinom) de CSR – vârstă, sex: 80% femei mai frecvent între 21–40 ani – *manifestări de dependență* (semne și simptome) – obezitate cu grăsime depusă caracteristic la nivelul abdomenului (șorț abdominal), feței („fața în lună plină") și gâtului („ceafă de bivol") – extremități subțiri cu hipotrofie musculară, astenie musculară – tegumente subțiri, atrofice, uscate, cu aspect marmorat pe membre; vergeturi pe regiunea abdominală, fese, brațe, axile (striuri purpurice roșii-violacei, uneori pete hemoragice, echimoze din cauza tulburărilor vasculare); pe spate, apare frecvent acneea – la femei: – hirsutism-pilozitate de tip masculin (pe față, areole mamare, membre); – se asociază cu seboreea și căderea părului capilar – îngroșarea vocii, hipertrofia clitorisului, amenoree – la bărbați: apar fenomene de feminizare cu hipotrofie testiculară, scăderea libidoului, impotență sexuală, ginecomastie – tulburări psihice: depresie, neliniște, tulburări de atenție și memorie, unoii psihoză maniaco-depresivă – deformări osoase cu dureri dorsolombare, fracturi din cauza osteoporozei – hipertensiune arterială cu maxima până la 200 mmHg, ca urmare a retenției de apă și sodiu – receptivitate crescută la infecții din cauza scăderii imunității
Probleme	– alterarea echilibrului hidric: exces de volum – alterarea ritmului cardiac în legătură cu hipertensiunea arterială (prin exces de volum) și hipopotasemie – intoleranță la activitate în legătură cu astenia musculară, deficitul de autoîngrijire, scăderea performanțelor – alterarea imaginii corporale în legătură cu modificările fizice și comportamentale, scăderea stimei de sine, disfuncție sexuală – risc de infecție din cauza scăderii răspunsului imunitar

	– risc de rănire din cauza scăderii forţei musculare – deficit de cunoştinţe în legătură cu evoluţia, tratamentul şi posibila operaţie
Obiective	– să se menţină în limite normale volumul de lichide, nivelul potasiului în sânge – să fie identificaţi factorii care permit creşterea performanţelor fizice, să crească stima de sine, să îşi asume responsabilităţi – să nu prezinte semne de infecţie – să nu prezinte leziuni din cauza căderii – să descrie boala şi tratamentul
Intervenţii	Asistenta – identifică şi evită acumularea de lichid (reţinerea apei) – identifică şi evită hipopotasemia – ajută pacientul la diferite activităţi care-l solicită mai mult – ajută pacientul să depăşească unele complexe legate de imaginea sa corporală, să crească stima de sine – protejează pacientul şi scade riscul de accidentare şi infecţie – educă pacientul cu privire la boală, tratament, regim de viaţă (pentru detalii – vezi partea generală)

PACIENTUL CU HIPERALDOSTERONISM

Culegerea datelor	– afecţiunea este determinată de o tumoră suprarenaliană, de obicei benignă, care secretă aldosteron, dar şi alţi corticoizi – vârsta: mai frecvent între 30–50 ani – *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – hipertensiunea arterială cu cefalee – slăbiciune musculară, parestezii – poliurie, nicturie, sete pronunţată
Probleme	– alterarea echilibrului hidroelectrolitic: reţenţie de apă şi sodiu, scăderea potasiului – alterarea confortului în legătură cu: cefaleea, parestezille, slăbiciunea musculară – intoleranţă la activitate, posibilă rănire – deficit de cunoştinţe în legătură cu boala, eventuala operatie, tratamentul şi îngrijirile postoperatorii
Obiective	Pacientul – să-şi menţină echilibrul hidroelectrolitic – să nu prezinte cefalee

	– să demonstreze creşterea toleranţei la activitate, să nu apară răniri – pacientul sau persoanele apropiate să poată descrie boala, tratamentul şi îngrijirea pe termen lung, necesitatea operaţiei
Intervenţii	Asistenta acţionează pentru: – prevenirea acumulării apei în organism, identificarea semnelor de acumulare – promovarea confortului prin calmarea cefaleei cu comprese reci, analgetice, tehnici de relaxare – creşterea toleranţei faţă de activităţile fizice – educarea pacientului cu privire la tratamentul (orar, doze, efecte secundare) – pregătirea preoperatorie, informându-l despre necesitatea intervenţiei şi a tratamentului pe termen lung; operaţia este obligatorie – îngrijirea postoperatorie: dietă cu mai mult sodiu, supravegherea tensiunii arteriale, supravegherea efectelor secundare ale medicamentelor administrate şi raportarea acestora medicului, control medical periodic

PACIENTUL CU BOALA ADDISON

Boala Addison sau insuficienţa suprarenaliană cronică este determinată de incapacitatea glandelor de a produce şi secreta hormoni în cantitatea cerută de nevoile organismului.

Culegerea datelor	– existenţa în antecedente a unei afecţiuni bacilare care determină procese distructive – boala se poate instala lent sau brusc şi după o infecţie, intoxicaţie sau şoc psihic *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – oboseală uşoară la început, apoi accentuală, se manifestă chiar la mestecatul alimentelor – oboseală intelectuală dimineaţa, se înviorează spre seară – inapetenţă care poate ajunge până la refuzul alimentelor, vărsături, dureri abdominale – diaree rezistentă la tratamentul dietetic şi medicamentos obişnuit – pierdere masivă de apă şi electroliţi, ceea ce determină criza acută de insuficienţă corticosuprarenală – scade în greutate 10–15 kg – tensiunea arterială scade sub 100 mmHg (80/50 – mai ales la schimbarea poziţiei) – ameţeli, tulburări de echilibru şi vedere, acufene, lipotimie din cauza tulburărilor dinamicii circulatorii

	– *manifestări nervoase:* iritabilitate, apatie, negativism, anxietate; nu se pot concentra, vorbire lentă – hiperpigmentarea – semn caracteristic, apare pe tegumente şi mucoase (vezi partea generală) – *modificări sexuale:* la bărbaţi, scade potenţa şi fertilitatea; la femei, scade libidoul, hipomenoree; sarcina agravează situaţia; la copil – pubertate întârziată *În criza addisoniană:* – stare brusc alterată, tensiune arterială prăbuşită, colaps, comă profundă, moarte – nu se poate alimenta – factori agravanţi: eforturi fizice şi intelectuale, boli febrile, operaţii, frigul şi căldura în exces
Probleme	–alterarea echilibrului hidric (deficit), pierderea de lichide putând duce la şoc hipovolemic – alterarea balanţei hidroelectrolitice din cauza pierderii apei şi clorurii de sodiu, a creşterii potasiului manifestată prin oboseală musculară, paralizii, modificarea electrocardiogramei – cooperare ineficientă în legătură cu intoleranţa la starea la emoţii; iritabilitate –intoleranţă la activitate, din cauza slăbiciunii, fatigabilităţii – alterarea nutriţiei în legătură cu inapetenţa, vărsăturile, manifestată prin scădere în greutate şi risc de hipoglicemie – alterarea conceptului de sine şi a imaginii corporale din cauza hiperpigmentaţiei – posibilă lezare (rănire) prin cădere, din cauza tulburărilor circulatorii care determină ameţeli, lipotimii, tulburări de echilibru şi vedere –posibilă inadaptare la rolul de bolnav (neconformarea pe termen lung la restricţiile impuse de boală), în legătură cu evoluţia cronică, tratamentul prelungit
Obiective	Pacientul: – să nu prezinte modificări ale tensiunii arteriale – să nu prezinte semne de hipopotasemie – să poată colabora – să poată crească treptat capacitatea de adaptare la efort şi activităţile desfăşurate – să consume raţia de alimente zilnică, să crească în greutate – să demonstreze optimism, să-şi asume unele responsabilităţi – să nu prezinte leziuni prin cădere. Pacientul şi familia să exprime înţelegere cu privire la evoluţia bolii, necesitatea controlului medical, să descrie tratamentul şi semnele crizei.

Intervenţii	– asigurarea cantităţii de lichide, creşterea raţiei la 3 000 ml/zi; administrare parenterală, la nevoie – cântărirea zilnică – verificarea turgorului (pliului cutanat) pentru aprecierea deshidratării – măsurarea tensiunii arteriale şi a pulsului – supravegherea semnelor de hiperpotasemie, determinarea potasiului în sânge şi urină – dietă hipopotasică; echilibrare parenterală, la nevoie, conform indicaţiilor medicale – îndepărtarea factorilor de stres din mediu, reducerea zgomotelor, temperatură constantă – explicarea tehnicilor de tratament şi investigaţie – încurajarea familiei pentru susţinerea pacientului – reducerea activităţii la minimum posibil – alterarea perioadelor de activitate cu perioade de odihnă mai mari; reluarea treptată a activităţii – stimularea pacientului să consume alimentele preferate, bogate în proteine şi hidrocarbonate – dozarea glicemiei – supravegherea pacientului şi sprijinirea acestuia să-şi asume unele responsabilităţi, să manifeste optimism – asistarea pacientului în desfăşurarea unor activităţi, eliminarea posibilităţilor de rănire – evitarea factorilor care pot declanşa criza: efortul fizic, frigul sau căldura în exces, emoţiile – instruirea pacientului cu privire la: a) *administrarea tratamentului* – 2/3 din doza de glucocorticoizi se iau dimineaţa, după ce mănâncă, şi 1/3 la ora 16,00 – nu trebuie să sară peste nici o doză – să aibă permanent asupra lui medicamente (tablete de prednison sau cortizon acetat injectabil) b) *dovedirea printr-un act medical* (carnet de sănătate) purtat permanent asupra lui, că are boala Addison şi doza corespunzătoare de medicament ce poate fi administrată în criză c) *creşterea dozei conform prescripţiei* în următoarele situaţii: în febră, în infecţii, când se fac lucrări dentare, suferă accidente, în caz de operaţie, crize personale sau familiale d) *recunoaşterea manifestărilor produse de doza necorespunzătoare* – doza insuficientă de medicament produce: anorexie, greaţă, vomă, slăbiciune, depresie, ameţeală, poliurie, scădere în greutate

	e) *să se adreseze medicului pentru creşterea dozei* – doza prea mare determină: cresterea în greutate, faţa „în lună plină", edeme, hipertensiune arterială – se prezintă la medic f) *regimul alimentar şi de viaţă:* – dietă hiperproteică, hiperglucidică, hipersodată; evitarea conservelor, excitantelor şi a alcoolului – repaus fizic şi psihic, efortul necesitând creşterea dozei de cortizon – eliminarea tensiunilor familiale g) *controlul medical periodic şi atitudinea în criză* – administrarea de urgenţă a cortizonului – la spital: perfuzie cu cortizon, determinarea sodiului şi glicemiei zilnic – nu primeşte nimic oral până nu dispar: greata, vărsăturile, starea de confuzie – monitorizarea funcţiilor vitale – combaterea cefaleei

AFECŢIUNILE MEDULOSUPRARENALEI

PACIENTUL CU FEOCROMOCITOM

Feocromocitomul este o tumoare benignă, care se dezvoltă în medulosuprarenală şi secretă cantităţi apreciabile de catecolamine. Uneori, se dezvoltă şi în afara glandei.

Excesul de catecolamine accentuează efectele obişnuite, în special vasoconstricţia, urmată de creşteri importante ale tensiunii arteriale.

Culegerea datelor	– *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – hipertensiunea arterială permanentă sau instabilă, cu valori maxime care ajung la 220-280, iar în criză chiar la 300 mmHg – criza de hipertensiune, care este o manifestare constantă, poate fi declanşată de: emoţii, traumatisme, frig sau căldură excesivă – criza se manifestă prin: – cefaleea intensă, apărută brusc – intoleranţă faţă de căldură – paliditate, transpiraţii, palpitaţii, tremurături, nervozitate – dispnee, dureri retrosternale, ce pot ajunge la edem pulmonar acut – tulburări vizuale, vărsături, valori tensionale foarte mari – înroşirea feţei
Probleme	–alterarea perfuziei tisulare din cauza excesului de catecolamine, manifestată prin vasoconstricţie

	– alterarea ritmului cardiac: posibile complicaţii cerebrale (AVC), edem pulmonar acut – alterarea confortului în legătură cu cefaleea, durerea toracică, teama de apariţie a crizei, teama de evoluţie a bolii, de operaţie
Obiective	– să se menţină o perfuzie tisulară adecvată – să se menţină ritmul cardiac şi tensiunea arterială în limite normale; să nu apară semne de complicaţii cerebrale, cardiovasculare, renale – să se reducă durerea şi să se îmbunătăţească confortul
Intervenţii	– pentru menţinerea perfuziei tisulare, prevenirea accidentelor şi creşterea confortului: – se observă aspectul tegumentelor şi al faciesului, pentru a aprecia perfuzia tisulară – se instruieşte pacientul să-şi măsoare singur tensiunea arterială, să evite factorii agravanţi – se administrează medicamentele conform prescripţiei – pentru evitarea complicaţiilor majore (AVC, EPA, IMA): – se explică necesitatea operaţiei – se observă permanent semnele care evidenţiază complicaţiile – post-operator: supraveghere permanentă cardiacă şi neurologică; este posibilă hipotensiunea – se încurajează bolnavul să îşi reia treptat activitatea (90% dintre bolnavi prezintă remisia totală a simptomelor)

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ALE GONADELOR

Tulburările funcţiilor gonadelor pot fi produse de insuficienţa hormonilor (hipogonadism), excesul de hormoni (pubertate precoce, hiperfolicutinism) şi anomalii de diferenţiere sexuală (intersexualitatea).

PACIENTUL CU HIPOGONADISM

Hipogonadismul este determinat de tulburări ale hormonilor tropi hipofizari, ai hipotalamusului, sau ale gonadelor.

Apare la ambele sexe, cauzele şi manifestările fiind diferite, în funcţie de vârsta la care se instalează.

Culegerea datelor	– lipsa congenitală a gonadelor, îndepărtarea chirurgicală, unele boli infecţioase acute (scarlatină, febră tifoidă, parotidită epidemică), sau cronice (sifilis, TBC), carenţe alimentare, iradiere *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome)

	– la copii, apare, prepubertar, închiderea cu întârziere a cartilajelor de creştere, membre lungi, muşchi slabi, dispropoţie corporală – la fete: nu apare menstruaţia, sâni mici, organe genitale infantile, pilozitate infantilă absentă, psihic infantil – la băieţi: testicule mici, sau lipsesc (agenezie), criptorhidie, penis mic, nedezvoltat; fără păr pe barbă, pe buza inferioară, pe corp, în zona pubiană; voce subţire, expresie infantilă a feţei – postpubertar – la femei: – apare după inflamaţii, castrare chirurgicală, iradiere – se manifestă prin: tulburări menstruale până la amenoree, cu căderea părului pubian, pierderea libidoului, sterilitate, regresia caracterelor sexuale; (micşorarea uterului, a vaginului); tulburări vegetative (valuri de căldură, insomnie, nervozitate) – la bărbaţi: involutia organelor genitale, căderea părului, scăderea sau pierderea libidoului, a potenţei; sterilitate, tulburări neurovegetative (deci insomnie, ameţeli iritabilitate, astenie)
Probleme	– deficit de cunoştinţe în legătură cu manifestările bolii şi cu evoluţia – alterarea imaginii corporale, scăderea stimei de sine (la adult) – alterarea confortului din cauza tulburărilor neurovegetative – tulburări sexuale
Obiective	Familia: – să fie capabilă să identifice tulburările de creştere şi dezvoltare la copil – să cunoască şi să aplice tratamentul Pacientul: – să cunoască etiologia bolii – să cunoască tratamentul de substituţie – să vorbească deschis despre imaginea sa corporală
Intervenţii	– în relaţiile pe care asistenta le stabileşte cu familia, având datoria să instruiască mama: – să observe dezvoltarea copilului în diferite etape, să cunoască aspectele normale ale dezvoltării – să depisteze la timp absenţa sau întârzierea apariţiei caracterelor sexuale, să se adreseze medicului – insistă asupra tratamentului recomandat de medic, a importantei aplicării lui pe termen lung; antrenează copilul, alături de familie, în administrarea corectă a tratamentului – ajută pacientul adult să se integreze social şi familial, având în vedere schimbarea imaginii sale corporale; să înţeleagă importanta tratamentului de substituţie (hormonal) şi a controlului medical; să fie sustinut psihic de familie

PACIENTUL CU CRIPTORHIDIE

Unul sau ambii testiculi nu sunt coborâți în scrot.

Se depistează la vârsta copilăriei și se rezolvă chirurgical. Netratată, în mod deosebit cea bilaterală, predispune la sterilitate și hipogonadism. Malignizarea este mai frecventă.

PACIENTA CU HIPERFOLICULINISM

Manifestarea reprezintă creșterea excesivă a hormonilor estrogeni.

Culegerea datelor	Este produsă de: leziuni tumorale sau de altă natură ale hipotalamusului, hipofizei, suprarenalei, ovarelor *manifestări de dependență:* (semne și simptome) – la fetițe: pubertate precoce, dezvoltarea accelerată a caracterelor sexuale primare și secundare. – la femei adulte: – tulburări menstruale (hiper- și polimenoree), chisturi mamare, tulburări neurovegetative (tahicardie, palpitații, ameteli, transpirații, valuri de căldură, colici abdominale – simptome urinare: disurie, polakiurie – manifestări hemoragice: epistaxis, gingivoragii – crize de astm, urticarie, colici biliare Se accentuează premenstrual putându-se asocia cu edeme ale feței și gambelor, congestie mamară și pelvină, tulburări psihice (anxietate, irascibilitate, hiperemotivitate, agitație psihomotorie, stări depresive)
Probleme	– alterarea confortului – cooperare ineficientă
Obiective	– să nu acuze semne de disconfort – să colaboreze eficient
Intervenții	– creșterea confortului prin: asigurarea condițiilor de mediu – administrarea tratamentului pentru diminuarea excesului de estrogen – evitarea stărilor conflictuale – creșterea capacității de cooperare prin: – stimularea discuțiilor cu privire la afecțiune

PACIENTA CU SINDROM DE VIRILIZARE (HIRSUTISM)

Sindromul de virilizare se manifestă la femei ca urmare a hipersecreției de hormoni androgeni.

Culegerea datelor	Cauze: tumori ovariene, ovar polichistic, hiperplazia de corticosuprarenală

	manifestări de dependență (semne și simptome) – apariția pilozității de tip masculin: pe buza superioară, bărbie, gambe, antebrațe, sân și linia albă – poate îmbrăca aspect de hirsutism – dispar menstrele; mamelonul și areolele mamare se decolorează – vocea se îngroașă, se dezvoltă mușchii, clitorisul se hipertrofiază, se pierd caracterele feminine – femeia devine mai energică, impulsivă, cu tendință la dominare
Probleme	– alterarea imaginii corporale – disfuncția sexuală
Obiective	– să diminueze/dispară modificările de tip masculin – să nu acuze disfunctie sexuală
Intervenții	– sprijinirea pacientei în vederea corectării imaginii corporale și instruirea asupra tratamentului și a eventualei intervenții chirurgicale – informarea pacientei privind pregătirea preoperatorie, îngrijirea postoperatorie și tratamentul hormonal.

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni hematologice

Afectiunile sângelui evoluează cu simptomatologie adesea impresionantă, mijloacele terapeutice în unele dintre ele neputând prelungi viaţa pacientului, obţinându-se numai o remitere a simptomelor.

COMPONENTELE ŞI FUNCŢIILE SÂNGELUI

Sângele este un ţesut lichid, care reprezintă 6–8% din greutatea corporală, format din două sectoare, unul circulant şi altul de formare a celulelor.

● *sectorul circulant* este format din *elementele figurate* (celule funcţionale mature) şi mediul lichid unde ele circulă – *plasma*. Elementele figurate reprezintă 45% din volumul sanguin şi sunt:

– *hematii*, care au rolul de a transporta oxigenul către ţesuturi şi CO_2 către organele excretoare; de asemenea, menţin echilibrul acido-bazic. Numărul de hematii – 4 500 000–5 000 000/mm^3

– *leucocitele* au rol în apărarea organismului de infecţii, numărul lor fiind de 5 000–8 000/mm^3

– *trombocitele* intervin în procesul de hemostază numărul lor fiind de 150 000–300 000/mm^3.

● *sectorul de formare a celulelor* este reprezentat de organele hematopoietice:

– *măduva osoasă*, care formează granulocite, trombocite, eritrocite

– *ganglionii limfatici*
– *splina*
– *formaţiuni limfoide* (amigdalele)

} formează limfocite şi monocite.

● *funcţiile sângelui:*

– transportă oxigenul şi substanţele nutritive la tesuturi, iar CO_2, la plămâni
– rol în termoreglare
– rol în apărarea organismului
– menţine presiunea osmotică hidrostatică
– transportă produşii de catabolism spre organele excretoare.

● *rolul splinei:*

– rezervor de sânge
– rol în metabolismul fierului („cimitirul eritrocitelor")
– rol în metabolismul glucidelor, mineralelor (K, S, Ca, P)
– rol hematopoietic
– rol în autoapărare, prin elaborarea de anticorpi.

– hemostaza: este un mecanism care permite oprirea hemoragiei în cazul lezării vaselor. Intervin factori vasculari (vasoconstricție), trombocitari și plasmatici.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

MĂSURI PENTRU PREVENIREA BOLILOR HEMATOLOGICE

Măsuri de prevenire primară	– educația populației pentru a avea o alimentație completă, cu fructe și zarzavaturi proaspete și carne în cantitate suficientă – administrarea fierului la gravide în a doua parte a sarcinii și, de asemenea, la pacienții cu gastrectomie, pentru prevenirea anemiei – tratarea parazitozelor intestinale (ascaridioză, giardioză) – prevenirea accidentelor care produc lezări ale vaselor și, deci, hemoragii acute – acordarea de sfaturi genetice pentru pacienții cu hemofilie
Măsuri de prevenire secundară	– pacientul hemofilic din copilărie este educat: – să evite traumatismele și, astfel, apariția hematoamelor – să limiteze administrarea medicamentelor prin injecții și extracții dentare – să știe să-și acorde primul ajutor în caz de plăgi (pansament compresiv, aplicarea de trombină pe plagă) – în cazul intervențiilor chirurgicale, se va administra plasmă cu 8 ore înainte și după actul chirurgical. – pacientul cu anemie cronică va fi dispensarizat, urmând tratamentul medicamentos recomandat și prezentându-se la controale clinice și de laborator.
Măsuri de prevenire terțiară	– reorientarea profesională a pacienților cu boli hematologice – îndrumarea pacienților cu anchiloze în poziții vicioase, ca urmare a hemartrozelor pentru tratamente ortopedice de corectare.

EVALUAREA MORFO-FUNCȚIONALĂ A SÂNGELUI ȘI A ORGANELOR HEMATOFORMATOARE

Examene de laborator	● *examenul sângelui:* – *pentru explorarea seriei albe:* numărarea leucocitelor și stabilirea formei leucocitare

	– *pentru explorarea seriei roşii:* numărarea hematiilor, hematocrit, hemoglobină, numărarea reticulocitelor, stabilirea rezistenţei globulare, electroforeza hemoglobinei, sideremia, şi bilirubinemia – *pentru explorarea funcţiei de coagulare:* numărarea trombocitelor, fibrinemiei, T.S., T.C., timp de protrombină, test Coombs, timp Howell – *alte examene* V.S.H., proteinemia ● *examenul materiilor fecale:* – examenul parazitologic (pentru ascaridioză, giardioză) – reacţia Adler. ● *examenul urinei* – pentru evidenţierea hematuriei microscopice – pentru evidenţierea hemoglobinuriei nocturne ● *examenul sucului gastric:* – pentru determinarea chimismului gastric (hipo- şi anaciditatea gastrică sunt cauze de anemie) – pentru reactia Adler.
Testul Rumpel-Leede	– probă pozitivă, când apar aproximativ 15 peteşii sub nivelul de aplicare a manşetei pneumatice.
Explorarea organelor hematoformatoare	– puncţie osoasă – puncţie (biopsie) ganglionară – puncţie splenică – scintigramă hepatică – scintigramă splenică – ecografie abdominală

MANIFESTĂRI DE DEPENDENŢĂ
SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE ÎN BOLILE HEMATOLOGICE

Astenie intensă	– sugerează o leucoză
Scădere exagerată în greutate	– în procesele neoplazice
Modificări de coloraţie şi integritate a tegumentelor	– paliditate în anemii – hipercoloraţie în poliglobulie – tegumente uscate, unghii şi păr fiabile; prezenţa ulceraţiilor în anemiile cronice – prezenţa elementelor purpurice în diatezele hemoragice

Modificări ale ganglionilor	– adenopatii ferme, generalizate, sunt întâlnite în boala Hodgkin (latero-cervicale, axilare, inghinale) – adenopatii unilaterale, localizate axilar, inghinal
Splenomegalie	– întâlnită în boala Hodgkin – întâlnită în leucemia cronică
Peteşii, echimoze	– peteşiile sunt hemoragii subtegumentare sau submucoase; se manifestă sub forma unor pete roşii violacee, care nu dispar la presiune – echimozele sunt hemoragii subtegumentare, rotunde sau lenticulare, mai mari, care, de asemenea, nu dispar la presiune – aceste elemente sunt întâlnite în sindroamele hemoragipare

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU ANEMII ŞI POLIGLOBULII

ANEMIILE ŞI POLIGLOBULIILE

Anemia reprezintă scăderea numărului de hematii şi/sau a hemoglobinei.

Anemiile se pot produce:

– prin pierdere de hematii
  – posthemoragice
  – hemolitice (anemia hemolitică a nou-născutului şi prin incompatibilitatea de sânge în sistemul AOB)
– prin insuficientă de producerea hematiilor şi hemoglobinei
  – anemia feriprivă
  – anemia Birmer

✗ Poliglobuliile sunt boli caracterizate prin hiperplazia sistemului eritropoietic.

Culegerea datelor	**Anemia acută** ● *circumstanţe de apariţie* – traumatisme – medicaţia antiinflamatoare administrată fără protectie gastrică (determină hemoragii digestive) – hemoragii în antecedentele personale ale femeilor ● *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – ameţeli – paloarea tegumentelor instalată brusc – tahicardie – puls filiform – hipotensiune arterială – dispnee – lipotimie – tulburări digestive (greaţă, meteorism, tulburări de tranzit)

	Anemia cronică ● *circumstanţe de apariţie* – persoane care lucrează în mediul toxic – persoane care au alimentaţie cu carenţă de fier – persoane consumatoare de alcool, tutun – persoane cu antecedente personale ca: gastrectomie, lamblioză, reacţie Adler pozitivă în scaun ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – ameţeli – cefalee – astenie – palpitaţi – dureri precordiale – dispnee – paloarea buzelor – a palmelor – plantelor – mucoasa bucală atrofiată – unghii şi păr friabile – febră 39° C – amenoree **Poliglobulie** ● *circumstanţe de apariţie* – persoane cu afecţiuni cardiace congenitale – persoane cu insuficienţă cardiacă şi pulmonară – intoxicaţii cu anilină ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – cefalee – ameţeli – astenie – acufene – greţuri – vărsături – tegumente roşii, cianotice şi pruriginoase – hipertensiune arterială şi dispnee
Probleme	● *Anemia acută* – alterarea respiraţiei şi circulaţiei – risc de pierdere a conştienţei – risc de şoc hemoragic ● *Anemia cronică* – intoleranţă la activitatea fizică – alterarea respiraţiei şi circulaţiei – tulburări de memorie

	– hipertermie – tulburări ale ciclului menstrual – deficit de cunoştinţe privind autoîngrijirea – risc de alterare a integrităţii pielii şi mucoaselor ● *Poliglobulie* – alterarea respiraţiei şi circulaţiei – intoleranţă la activitate fizică – tulburări de vedere, auz – alterarea integrităţii mucoaselor şi tegumentelor – risc de hemoragie – epistaxis, hemoptizie, HDS
Obiective	– pacientul să prezinte respiraţie şi circulaţie adecvată vârstei – pacientul să afirme starea de bine fizică şi psihică – pacientul să-şi menţină tegumentele integre, normal colorate – pacientul să poată comunica eficient la nivel afectiv şi senzorial – să se înlăture riscul complicaţiilor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU LEUCEMIE

Leucemiile sau leucozele sunt hemopatii maligne caracterizate prin hiperplazia ţesuturilor hematopoietice (mieloid şi limfoid) şi metaplazia lor. Prin metaplazie ţesutul leucozic ia locul seriei roşii şi numai are cine forma hematii; apar şi tulburări de coagulare.

Culegerea datelor	**Leucemia acută** ● *circumstanţe de apariţie* – copii, tineri mai frecvent sub 25 ani – debut insidulos ● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – apar trei sindroame – sindromul anemic (paloare, astenie, dispnee) – sindromul infecţios (febră, frison, curbatură) – sindromul hemoragic (gingivoragii, epistaxis, metroragii) – ulceraţii ale cavităţii bucale – manifestări pseudoneoplazice scăderea apetitului, a greutăţii corporale, transpiraţii, prurit. **Leucemia cronică** ● *circumstanţe de apariţie* – persoane de sex masculin cu vârste cuprinse, mai frecvent, între 35-45 ani – persoane expuse la intoxicaţii cu benzen şi radiaţii ionizante *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – astenie

	– durere şi senzaţie de greutate în hipocondrul stâng (splenomegalia) – scădere ponderală – prurit tegumentar – adenopatie generalizată şi simetrică (în leucemia limfoidă cronică); manifestările apar în pusee acute, cu o evoluţie spre exitus în 10 ani.
Probleme	**Leucemia acută** – hipertermia – intoleranţa la efort fizic – deficitul de volum lichidian – alterarea integrităţii mucoasei bucale – incapacitatea de hidratare alimentară – risc de alterare a stării generale, exitus prin complicaţii hemoragice şi septicemice. **Leucemia cronică** – intoleranţă la activitatea fizică – dureri osoase şi în hipocondrul stâng – prurit tegumentar – disconfort abdominal – pierderea imaginii de sine – modificarea schemei corporale (în leucemia limfoidă cronică), prin prezenţa adenopatiilor.
Obiective	– pacientul să prezinte perioade de remisiune cât mai lungi ceea ce prelungeşte durata de viaţă. – în perioadele terminale, pacientul să fie susţinut de familie, anturaj şi să beneficieze de o moarte demnă şi liniştită.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU SINDROAME HEMORAGICE SAU STĂRI PRODUSE DE TULBURAREA HEMOSTAZEI

Acestea pot fi determinate de tulburările vasculare, trombocitare, de coagulare. *Hemofilia* este un sindrom hemoragic ereditar, determinat de absenţa factorilor VIII–IX ai coagulării. Boala este întâlnită la bărbaţi şi se caracterizează prin hematoame după traumatisme minime.

Culegerea datelor	● *circumstanţe de apariţie* – persoane cu antecedente heredocolaterale de hemofilie – prezenţa hemoragiilor la traumatisme mici, (periajul dinţilor) – nou-născuţi cu întârzierea hemostazei după tăierea cordonului ombilical

	● *manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – hemoragii abundente la traumatisme mici, situate la nivelul tegumentelor mucoaselor, articulaţiilor; – ameţeli –astenie – prezenţa hemartrozelor.
Probleme	– intoleranţă la activitatea fizică – tulburări de mobilitate, cauzate de hemartroze (mâini, genunchi, coate) – deficit de cunoştinţe pentru prevenirea complicaţiilor – risc de complicaţii prin compresiuni produse de hematoame (paralizii, gangrene, necroze).
Obiective	– pacientul să fie ferit de traumatisme, hemoragii – să se prevină complicaţiile invalidante, determinate de compresiunea hematoamelor – pacientul să fie conştientizat cu privire la modul său de viaţă, să ştie să se autoîngrijească în caz de hemoragii.
Intervenţii în bolile hematologice	Asistenta: – asigură repausul la pat al pacientului în saloane liniştite, luminoase, călduroase: – repausul la pat este obligatoriu pentru pacientul febril, dispneic, adinamic – prin condiţiile din salon, trebuie să asigure prevenirea infecţiilor intercurente, intraspitaliceşti, având în vedere rezistenţa scăzută la infecţii a pacienţilor cu boli hematologice – în caz de hemartroză, articulaţia să fie relaxată – asigură igiena tegumentelor şi mucoaselor – asigură prevenirea escarelor de decubit, în cazul pacienţilor gravi, prin mijloacele cunoscute – asigură alimentaţia pacientului în funcţie de nevoile sale cantitative şi calitative, modificate de boală: – în perioadele febrile – regim hidric, hidrozaharat, lactat – în anemii – alimente bogate în fier, calciu, vitamine, bazate pe carne (viscere), legume verzi şi fructe – în poliglobulie se reduce cantitatea de carne – monitorizează temperatura, pulsul, tensiunea arterială, respiraţia, la intervale de timp în funcţie de gravitatea cazului, consemnând datele în foaia de temperatură – sesizează apariţia elementelor hemoragice pe tegumente şi mucoase – peteşii, echimoze, hematoame – şi informează medicul – aplică comprese reci pe articulaţie, în cazul hemartrozei

	– supraveghează eliminările prin scaun şi urină, pentru evidenţierea ascarizilor în scaun, a hematuriei nocturne – face bilanţul ingesta/excreta, în cazul pacienţilor febrili cu transpiraţii abundente şi a celor care prezintă vărsături – recoltează produsele pentru examene de laborator (sânge, urină, suc gastric, materii fecale) şi pregăteşte pacientul şi instiumentarul pentru puncţia biopsică ● *administrează tratamentul prescris:* – transfuzia de sânge integral sau a derivatelor lui (masă eritrocitară, plasmă, concentrat de factor VIII, plasmă antihemofilică – sesizează apariţia accidentelor transfuziei – preparate de fier pe cale orală (soluţii, tablete, granule), între mese sau în timpul mesei – preparate de fier pe cale parenterală, prin injecţii intramusculare profunde – tratamentul antihemoragic – vitaminele C, K şi tratamentul hormonal prescris – tratamentul citostatic intravenos sau în perfuzii intravenoase, cu glucoză 5% (Citosulfan, Mileran, Leukeran, Vincristin); după prepararea extemporanee a unor citostatice, se vor injecta direct, în tubul perfuzorului, evitând contactul soluţiilor cu tegumentele – sesizează efectele scundare ale administrării citostaticelor – anorexie, greţuri, vărsături, diaree – susţine psihic pacientul în perioada în care se produc modificări ale schemei corporale (căderea părului) – menajează psihicul pacientului, devenind suportul lui moral; are în vedere că majoritatea bolilor sunt incurabile (susţine pacientul în stările terminale) – ia legătura cu kinoterapeutul care învaţă pacientul mişcările pe care le poate face în cazul artrozelor cauzate de hemartroză – pregăteşte preoperator şi îngrijeşte postoperator pacientul căruia i se aplică tratament chirurgical (splenectomie, extirparea ganglionilor sau tratament ortopedic).

Îngrijirea pacientului cu boli metabolice şi de nutriţie

Bolile metabolice se datoresc, în principal, tulburărilor de metabolism ale factorilor nutritivi. Aceste dereglări au cauze endogene (ex.: insuficienţa de insulină), cauze exogene sau mixte, cât şi factori ereditari-constituţionali.

Disfuncţiile endocrine au răsunet asupra metabolismului nutritiv al organismului; la fel, unii factori de risc, precum sedentarismul, fumatul, stresul.

În unele boli, există o neconcordanţă între alimentele consumate, arderea lor în organism şi cheltuielile de energie, în sensul unui consum crescut în raport cu cheltuielile (obezitatea), sau a unui aport scăzut în raport cu arderile şi cheltuielile (subnutriţie).

NOŢIUNI DE FIZIOLOGIE

METABOLISMUL

Organismul este un sistem deschis care face schimb de substanţă şi energie cu mediul extern. Acest schimb permanent reprezintă, deci, metabolismul.

Metabolismul începe odată cu ingestia alimentelor şi sfârşeşte cu excreţia produşilor neutilizabili.

METABOLISMUL GLUCIDELOR

Glucidele au, în organism, rol energetic. În urma digestiei, ele ajung la nivelul intestinului subţire sub formă de monozaharide şi se absorb.

Concentraţia glucozei în sânge – glicemia – se menţine constantă (0,80-1,20 g/1000) prin mecanismul de glicoreglare, care reprezintă echilibrul funcţional între acţiunea factorilor hiperglicemianţi şi a celor hipoglicemianţi.

Factorii hiperglicemianţi:

– glucagonul – hormon al celulelor alfa ale pancreasului
– adrenalina
– hormonii glucocorticoizi ai suprarenalei
– hormonul somatotrop al hipofizei
– tiroxina

Factorii hipoglicemianţi:

– insulina – hormoni ai celulelor beta ale pancreasului.

Prin degradarea completă a 1 g glucoză, până la CO_2 si apă, se eliberează 680 kilocalorii.

METABOLISMUL LIPIDELOR

Lipidele au în organism rol energetic, plastic şi functional. Ele se absorb la nivelul intestinului subţire sub formă de acizi graşi, monogliceride, colesterol, fosfolipide.

În organism, se transformă astfel:

– se depun ca rezerver-lipogeneza

– catabolizare – duce la eliberare de energie

– cetogeneză – produce corpii cetonici

– gluconeogeneza – sintetizare de glucoză din glicerol.

Reglarea metabolismului lipidic este făcută de nevoile energetice ale organismului, de sistemul nervos central, hipofiză, ficat.

METABOLISMUL PROTEINELOR

Proteinele au rol plastic, energetic şi functional. Ele se absorb sub formă de aminoacizi pe cale portală, în ficat, şi de aici, în circulaţia generală. De la acest nivel, urmează calea sintezei de proteine – reînnoirea permanentă a componentelor celulelor, şi calea degradării catabolice. În copilărie, reînnoirea – anabolismul proteinelor – este foarte intens. În schimb, la vârstnici, reacţiile de degradare –catabolismul intensifică.

Produşi de catabolism azotaţi: ureea, acidul uric, creatinina; ele se elimină prin urină.

Reglarea metabolismului proteic este făcută de hormonul testosteron, hormonii glicocorticoizi şi tiroidieni, ficat, rinichi, sistem nervos central.

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ŞI PREVENIREA BOLILOR DE NUTRIŢIE ŞI METABOLISM

Măsuri de profilaxie primară	– educarea întregii populaţii, pentru a evita supraalimentaţia şi sedentarismul, factori de risc ai obezităţii – dispensarizarea persoanelor (tinerilor) cu risc constituţional – asigurarea unei alimentaţii echilibrate, fără excese de proteine, glucide sau lipide
Măsuri de profilaxie secundară	– pacienţii cu obezitate vor fi educati să respecte regimul alimentar hipocaloric, să folosească mişcarea ca mijloc de păstrare a greutăţii normale a corpului – pacientii subnutriţi vor fi educaţi să consume o cantitate suficientă de alimente, pentru a preveni complicaţiile bolii – evitarea excesului de proteine (carne) de către pacienţii cu gută – dispensarizarea pacienţilor cu boli de nutriţie şi metabolism, controlul clinic şi biologic pentru a sesiza apariţia complicaţiilor

Măsuri de profilaxie terţiară	– se adresează: – obezilor cu complicaţii cardiace, respiratorii, pentru a preveni agravarea acestor stări – pacienţilor cu gută şi/sau complicaţii renale, pentru a preveni instalarea insuficienţei renale cronice

Educaţia pentru sănătate privind diabetul zaharat este prezentată în capitolul VII din „Ghid de nursing", sub redacţia Lucreţia Titircă.

EVALUAREA METABOLISMULUI

Examene de laborator	– ale sângelui: – acid uric – creatinină – glicemie – testul toleranţei la glucoză pe cale orală TTGO – colesterolemie – lipemie, trigliceride – VSH – ale urinei: – examenul urinei, pentru determinarea acidului uric – uree urinară/24 h – glicozurie/24 h – ale lichidului sinovial: – examenul biochimic, în caz de gută, pune în evidenţă prezenţa cristalelor de urat de sodiu
Determinarea metabolismului bazal	– indicat în caz de subnutriţie şi obezitate
Examenul radiologic	– al sistemului osos în gută, evidenţiază osteoporoza şi depunerile periarticulare, de uraţi (geode)
Electrocardiograma	– evidenţiază probleme cardiace care apar în caz de obezitate sau în slăbire (bradicardie sinuzală)
Măsurarea greutăţii corporale	– pentru stabilirea gradului obezităţii, se utilizează diferite formule de calcul al greutăţii ideale: • Broca $G = T - 100$ •• Lorentz $G = T - \frac{T - 50}{10}$ G = greutatea în kg T = talia în cm

SEMNE ŞI SIMPTOME POSIBILE ÎN BOLILE DE NUTRIŢIE ŞI METABOLISM

Durere articulară	– în gută: *accesul gutos* – durerea apare brusc, de obicei noaptea; este violentă, se localizează la nivelul halucelui, frecvent unilateral, fiind declanşată de consum exagerat de alcool, proteine, microtraumatisme; durerea dispare spontan sau post terapeutic, după 4–8 zile; se repetă la intervale variabile
Toti gutoşi	– depuneri urice în articulaţii şi în piele (coate, degete, pavilionul urechii)
Modificări ale greutăţii corporale ideale	– *în obezitate*, se înregistrează depăşirea greutăţii ideale cu 10–20% gradul I, 20–30% gradul II şi peste 30% gradul III – depunerea ţesutului adipos: – uniformă (obezitatea comună) – localizare în anumite regiuni ale corpului – şolduri, coapse, flancuri abdominale, genunchi, gambe (obezitate de tip ginoid, întâlnită la femei) – în regiunea cefei, gâtului, umerilor, abdomenului superior (obezitate de tip android, întâlnită la bărbaţi) – *în slăbire*, greutatea corporală scade cu minimum 15% din ideal, pliul cutanat este sub 4 mm, la bărbaţi, şi 6 mm, la femei, la nivelul braţului
Aspectul caracteristic al feţei	– buze subţiri, obraji emaciaţi, ochi înfundaţi în orbite (aspect întâlnit în subnutriţie)
Modificări circulatorii	– hipotensiune arterială şi bradicardie, în cazul pacienţilor subnutriţi – hipertensiune arterială, varice ale membrelor inferioare, întâlnite la pacienţii cu obezitate

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU OBEZITATE

Obezitatea este starea patologică caracterizată prin creşterea greutăţii corporale ideale cu peste 15–20% şi sporirea masei ţesutului adipos.

Culegerea datelor	– *Circumstanţe de apariţie:* – persoane de sex feminin, în perioada de menopauză – în mediul urban incidenţa este mai crescută – persoane cu obiceiuri alimentare modificate: supraalimentaţie, consum crescut de dulciuri

	– persoane cu risc constituțional – prezența obezității la rudele de gradul I (părinți, frați) – modul de viață – sedentarism, consum de alcool – *Manifestări de dependență* (semne și simptome) – creștere în greutate față de greutatea ideală – oboseală – astenie – dispnee – hipertensiune arterială – prezența varicelor la membrele inferioare – constipație – amenoree
Probleme	– tulburări respiratorii și circulatorii: – mobilizare cu dificultate – intoleranță la activitatea fizică – alterarea tranzitului intestinal – tulburări menstruale – risc de alterare a integrității tegumentelor (intertrigo, piodermite) – risc de complicații cardiace (HTA, ateroscleroză) – risc de complicații respiratorii – risc de artroze – gonartroză, coxartroză, spondiloză – risc de alterare a altor metabolisme – glucidic, lipidic (diabetul zaharat, hiperuricemie) – pierderea imaginii și a stimei de sine
Obiective	– pacientul să-și reducă greutatea corporală în raport cu greutatea ideală, în funcție de sex și vârstă – pacientul să prezinte mobilitate și postură adecvată – să-și poată satisface, autonom, nevoile – să fie conștient de rolul mișcării și al alimentației echilibrate în reducerea greutății corporale – să se prevină complicațiile
Intervenții	– asistenta stabilește regimul alimentar: – hipocaloric, cu 1000 cal/zi, pentru pacientul cu activitate obișnuită (100 g glucide pe zi, 35 g lipide pe zi, 75 g proteine pe zi), hiposodat și normohidric (1,5 l/zi) – hipocaloric cu 800–400 cal/zi, pentru pacientul în repaus – se reduc din alimentație produsele rafinate (ciocolată, cacao, friș că, unt, carne grasă, conserve, brânzeturi grase) – fără restricție – se administrează legumele și fructele proaspete, carnea slabă, laptele degresat, ouăle fierte tari, lichidele neîndulcite – postul absolut este recomandat numai în condiții de spital – stabilește programul de activitate fizică a pacientului: – exerciții fizice moderate – mers pe jos 60–90 minute/zi – practicarea unor sporturi (înot, tenis, ciclism)

	– evitarea eforturilor fizice mari, sporadice, care cresc apetitul – administrează tratamentul medicamentos cu acţiune anorexigenă şi de stimulare a catabolismului şi diurezei (silutin, gastrofibran) – măsoară zilnic greutatea corporală; o notează în foaia de temperatură – susţine şi încurajează pacientul cu probleme psihice (pierderea imaginii şi stimei de sine) – suplineşte pacientul în cazul apariţiei unor manifestări de dependenţă în satisfacerea nevoilor sale – educă pacientul pentru a-l conştientiza că, prin respectarea alimentaţiei şi a programului de activitate zilnică, poate înlătura surplusul de greutate şi preveni complicaţiile – pregăteşte pentru intervenţie chirurgicală pacientul cu obezitate excesivă şi din raţiuni estetice (by-pass jejuno-ileal, cu realizarea unui sindrom de malabsorbţie secundar)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU SINDROM DE SLĂBIRE (SUBPONDERAL)

Slăbirea este o stare patologică, caracterizată prin scăderea greutăţii corporale sub 15–20% din greutatea ideală şi prin reducerea masei ţesutului adipos şi muscular; scade şi cantitatea de apă din organism cu 30%.

Forma cea mai severă este caşexia.

Slăbirea este cauzată, fie de reducerea aportului alimentar, fie de creşterea consumului energetic. Secundar, se poate instala ca urmare a unei incapacităţi temporare sau definitive de a utiliza principiile alimentare (gastrectomie, boli endocrine, alcoolism, boli psihice).

Sunt două tipuri de slăbire:

– tipul stenic – stare fiziologică, constituţională când persoana îşi păstrează vigoarea

– tipul astenic – slăbirea propriu-zisă.

Culegerea datelor	– *Circumstanţe de apariţie:* – persoane în perioada de creştere excesivă (copii) – aport alimentar scăzut – sărăcie – persoane cu efort fizic intens, fără aport alimentar corespunzător – persoane cu tulburări de deglutiţie, de masticaţie – persoane cu tulburări endocrine (Basedow), psihice, stări febrile

	– *Manifestări de dependență* (semne și simptome) – astenie – scădere în greutate – uscăciunea tegumentelor – edeme – plăgi nevindecabile – bradicardie – hipotensiune arterială
Probleme	– intoleranță la efort fizic – scădere în greutate – tulburări circulatorii – risc de scădere a afectivității – risc crescut față de infecții respiratorii (TBC) – risc de complicații – ptoze viscerale, hernii
Obiective	– pacientul să-și recapete pofta de mâncare, să recupereze deficitul ponderal – pacientul să-și dobândească forța fizică, starea de bine, fizic și psihic – să se prevină apariția complicațiilor infecțioase sau de altă natură
Intervenții	– asistenta asigură realimentarea progresivă, pe cale orală sau prin/și alimentare parenterală: – valoarea calorică a alimentelor, în primele zile, este de 1000 – 1500 cal./zi, crescând progresiv cu 50 cal./zi – factorii nutritivi – aport de alimente bogate în proteine, cu conținut redus de lipide și dulciuri concentrate – numărul de mese este de 5–6/zi, la început, cu alimente de consistență lichidă, apoi, cu consistență normală – pe cale parenterală, se administrează perfuzii cu soluții hipertone de glucoză 1000 ml/zi și preparate proteice; în aceste soluții, se administrează vitamine din grupul B și vitamina C – pentru stimularea apetitului, se administrează, la indicația medicului, doze mici, pe cale subcutanată, de insulină înaintea meselor (4 u x 3) – măsoară zilnic greutatea corporală și apreciază evoluția în funcție de curba ponderală – asigură igiena corporală – învață, ambulator, pacientul și familia acestuia cum să pregătească alimentele și modul în care să se facă alimentarea – administrează tratamentul prescris – anabolizante (Steranabol – i.m., Decanofort – i.m., Madiol per os) – educă pacientul să se prezinte la controale periodice, clinice și de laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU GUTĂ

Guta este boala metabolică caracterizată, biologic, prin hiperuricemie, depuneri urice în articulaţii (acute sau cronice) şi leziuni viscerale (renale).

Cauzele bolii: scăderea eliminării renale de acid uric, hiperproducţie de acid uric şi supraalimentaţie – în special, proteică.

Culegerea datelor	*Circumstanţe de apariţie:* – persoane cu alimentaţie bogată în proteine (carne, viscere) *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – durere apărută noaptea, brusc, violent, insuportabil; este monoarticulară (de obicei, la nivelul halucelui) – zona articulară cu coloraţie violacee, căldură locală; febră, frison, tahicardie, uneori, vărsături – problemele dispar ziua; durerile revin noaptea, prinzând şi alte articulaţii Aceste manifestări alcătuiesc *accesul gutos* – *în stagiul cronic:* – accesele dureroase se repetă la intervale variabile – apar tofi gutoşi la mai multe articulaţii şi în piele (la paviibnul urechii, coate, degete) – constantele de laborator (uree, acid uric, creatinină) sunt modificate între accesele gutoase – sunt prezente anchiloze articulare
Probleme	*În accesul gutos* – durere articulară – hipertermie – risc de deshidratare *În stadiul cronic* – dureri articulare – alterarea tegumentelor prin prezenţa tofilor guloşi – mobilitate redusă – risc de invalidităţi – risc de complicaţii – litiază urică
Obiective	– pacientul să prezinte un echilibru al metabolismului proteinelor – pacientul să cunoască şi să respecte alimentaţia prescrisă, pentru a preveni accesele gutoase – să se prevină complicaţiile bolii
Intervenţii	*În accesul gutos* – asigură repausul la pat pe toată perioada dureroasă – aplică comprese locale, alcoolizate reci, imobilizează articulaţia – asigură alimentaţia lacto-făinos-vegetariană, hipocaloric, cu un aport mai mare de lichide

	– administrează tratamentul prescris – Colchicina, în doze regresive, ca medicaţie specifică, şi antiinflamatoare nesteroide (Indometacin, Fenilbutazona) *În guta cronică* – instituie regimul alimentar: – hipoproteic (1 g/kg corp/zi) (viscerele, mezelurile, conservele de carne, carnea de vită, de pasăre, se exclud) – legumele, fructele se consumă în alternanţă cu produsele lactate, pentru menţinerea pH-ului alcalin al urinei – lichide circa 2 l/zi, pentru a creşte clearance-ul uric – recoltează sânge şi urină pentru examene de laborator – educă pacientul, internat sau în ambulator, să respecte alimentaţia pentru a preveni complicaţiile bolii – administrează tratamentul medicamentos pentru a inhiba sinteza acidului uric (Milurit) sau pentru resorbţia uratului de sodiu – suplineşte pacientul pentru a-şi satisface trebuinţele, atunci când au survenit anchiloze, invalidităţi

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Diabetul zaharat este o boală metabolică cu evolutie cronică, transmisă genetic sau câştigată în timpul vieţii, caracterizată prin perturbarea metabolismului glucidic, însoţită sau urmată de perturbarea celorlalte metabolisme (lipidic, proteic, mineral).

După OMS, clasificarea actuală a diabetului zaharat este următoarea:

● diabet zaharat tip I, insulinodependent (20% din cazuri apar sub vârsta de 20 de ani) ● diabet zaharat tip Ii, insulinoindependent (80% din cazuri au răspuns pozitiv la antidiabeticele orale).

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAŢIEI PRIVIND PREVENIREA DIABETULUI ZAHARAT

Măsuri de profilaxie primară	măsurile vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire şi constau în: – dispensarizarea persoanelor cu factori genetici potenţial diabetogeni (diabet zaharat la rudele de grad I) – dispensarizarea persoanelor cu infecţii pancrealotrope (virus urleian, virusul hepatitei) – educarea populaţiei pentru a reduce din alimentaţie glucidele rafinate, excesul de glucide – educarea populaţiei pentru a combate supraalimentaţia, obezitatea, stresul – factori ce favorizează diabetul zaharat de maturitate

	– educarea femeilor care au născut feţi cu greutate de peste 5 kg să reducă glucidele din alimentaţie, să monitorizeze glicemia – educarea tinerilor diabetici care vor să aibă copii sănătoşi să evite căsătoriile cu parteneri diabetici (riscul pentru copil este de 60–100% să aibă diabet zaharat)
Măsuri de profilaxie secundară	– dispensarizarea bolnavilor cu diabet zaharat prin efectuarea periodic, a controalelor clinice şi de laborator – învăţarea pacientului să-şi administreze corect medicamentele şi să-şi prepare alimentele pentru a putea duce o viaţă cvasinormală – învăţarea pacientului să evite alcoolul, fumatul, eforturile fizice mari, obezitatea, pentru a preveni complicaţiile bolii – învăţarea pacientului să utilizeze mijloacele de monitorizare a glicemiei la domiciliu
Măsuri de profilaxie terţiară	– readaptarea individului, reinserarea sa socială în cazul apariţiei unor complicaţii invalidante (nevrite, retinopatie diabetică)
Măsuri de gradul IV	– în stadiile finale ale bolii, asigurarea unei morţi demne, liniştite

EVALUAREA FUNCŢIONALĂ

Examene de laborator ale sângelui	**glicemia** – se recoltează 2 ml sânge venos într-o eprubetă cu 4 mg florură de sodiu, sau cu sistemul vacutainer (glicemia normală 80–120 mg% **testul toleranţei la glucoză pe cale orală TTGO – tehnica OMS)** – se recoltează sânge pentru dozarea glucozei a jeune – se administrează 75 g glucoză pulvis dizolvată în 200 ml apă – se recoltează sânge pentru dozarea glucozei la 30, 60, 90 şi 120 minute după administrarea glucozei – interpretare, la 2 ore: după administrarea glucozei TTGO mai mic sau egal cu 200 mg% la persoanele sănătoase. Valorile TTGO peste 200 mg% sunt caracteristice pentru persoanele cu diabet zaharat **rezerva alcalină** – se recoltează sânge venos pe heparină sau cu sistem vacutainer; normal 27 mEq/l, scade în diabetul zaharat decompensat

Examene de laborator ale urinei	**glicozuria** – se recoltează urina din 24 de ore într-un borcan curat, gradat. Din întreaga cantitate se trimit la laborator 150–200 ml urină; pe eticheta ce însoţeşte produsul se notează cantitatea de urină/24 ore. Normal, glicozuria este absentă **dozarea corpilor cetonici** – se recoltează urina din 24 ore, se trimit la laborator 150 ml. Prezenţa corpilor cetonici în urină se întâlneşte în coma diabetică şi la pacienţii cu vărsături prelungite
Toleranţa la glucide	– scop: stabilirea dozei de insulină ce urmează a se administra – se administrează pacientului timp de 3 zile, în alimentaţie o cantitate fixă de glucide (ex. 200 g) – zilnic se recoltează urina din 24 de ore (pentru glicozurie) şi sânge (pentru dozarea glucozei) – se face media glicozuriei pe cele 3 zile şi se scade din cantitatea de glucide administrate în 24 de ore Exemplu: media glicozuriei este 80 g/24 ore. Aceasta se scade din 200 g de glucide administrate zilnic, ceea ce înseamnă că 120 g de glucide sunt tolerate, iar 80 g netolerate. Pentru acestea din urmă se administrează insulină (o unitate pentru 2 g de glucoză în urină) – dacă pecientul nu prezintă glicozurie sau 10 g/24 ore, se consideră o bună toleranţă la glucide
Examenul fundului de ochi **Examen neurologic**	– vezi *Breviar de explorări funcţionale*, de Lucreţia Tilircă

PLAN DE ÎNGRIJIRE A PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Culegerea datelor	• *circumstanţe de apariţie:* – persoane cu risc genetic (o singură genă sau poligenetică) – persoane cu boli ce scad rezerva funcţională a pancreasului, acţionând asupra celulelor β (traumatisme pancreatice, pancreatite urfeiene, alcoolism, lues) – persoane cu boli care scad rezerva funcţională a pancreasului prin suprasolicitarea celulelor β şi epuizarea lor (supraalimentaţie, obezitate, sarcină, traume psihice) – persoane care fac tratamente cu citostatice, imunosupresive, glicocorticoizi, ACTH, care inhibă sinteza insulinei

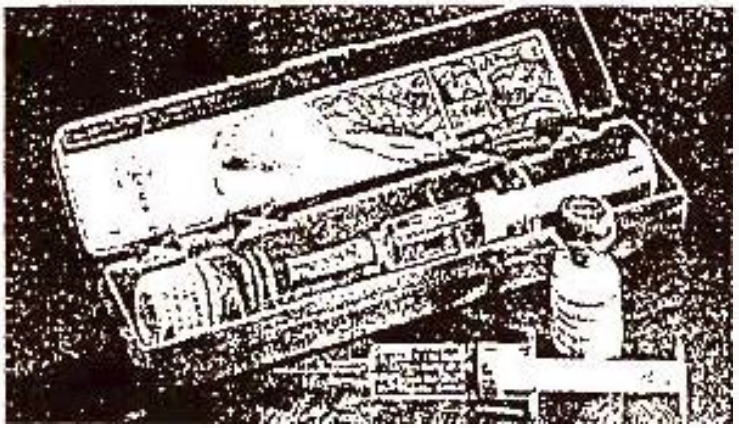
	• *manifestări de dependență (semne și simptome)* – poliurie, 4–5 litri/24 ore – polidipsie, ingestia 2–5 litri lichide/24 ore – polifagie accentuată, îndeosebi la tineri – scădere ponderală, ca urmare a catabolismului și pierderilor de material energetic (glucoză) – astenie fizică și intelectuală – crampe musculare – prurit genital și infecții genitale fără răspuns la tratamentele obișnuite – manifestările unor complicații în formele atipice (plăgi nevindecabile, furunculoză)
Problemele pacientului	– alimentație inadecvată, în suplus – deshidratare – intoleranță la activitatea fizică și intelectuală – anxietate – risc de infecții – risc de complicații acute – comă hipoglicemică – comă hiperglicemică – risc de complicatii cronice – scăderea acuității vizuale (retinopatie) – dureri în membrele inferioare (nevrite, arterite)
Obiective	– să se obțină echilibrul metabolismului glucidic – pacientul să se alimenteze în raport cu nevoile sale cantitative și calitative/24 ore – pacientul să-și recapete condiția fizică și intelectuală – pacientul să fie conștient că prin respectarea alimentației și a tratamentului poate duce o viață cvasinormală – pacientul să cunoască manifestările bolii, regimul de viață pe care să-l respecte – să se obțină echilibrul psihic al pacientului – să se implice familia în îngrijirea pacientului – pacientul să fie ferit de complicații infecțioase, acute și cronice
Intervenții	**pentru pacientul tratat ambulatoriu:** – invită periodic pacientul la controale clinice și de laborator, în cadrul cabinetului medical (glicozurie, glicemie) **pentru pacientul dezechilibrat, tratat în spital:** – asigură un regim alimentar echilibrat, cu scopul de a furniza ratia calorică necesară, de a reduce hiperglicemia și de a menține o greutate corporală satisfăcătoare și stabilă

	• evaluează nevoile cantitative şi calitative în funcţie de vârstă (copil, adolescent, adult), sex, stare fiziologică (sarcină, alăptare), activitatea pacientului, forma bolii • stabileşte raţia alimentară cu: proteine 13–15%, lipide 30–35%, glucide 50% (250–300 g)/24 ore la adult 2/3 glucide complexe cu absorbţie lentă şi 1/3 glucide simple cu absorbţie rapidă, repartizate pe diferite mese şi adaptate la efortul fizic. Când pacientul are o activitate uşoară se recomandă 30-35 cal./kg/corp/24 ore • numărul meselor/24 ore: 4–5–6 mese (3 mese principale şi 2–3 gustări) • alegerea alimentelor se face în funcţie de conţinutul de glucide; – alimente interzise: zahăr, produse zaharoase, fructe uscate, prăjituri, leguminoase uscate, siropuri, struguri, prune – alimente permise, cântărite: pâine (50% glucide), cartofi (20% glucide), pastele făinoase, fructe, legume (cu peste 5% glucide), lapte, brânză de vaci, mămăligă – alimente permise necântărite: carnea şi derivatele din carne, peştele, ouăle, brânzeturile, smântâna, untul, legumele cu 5% glucide (varza, conopida, păllăgetele roşii, fasolea verde); din alimentaţia zilnică nu trebuie să lipsească oul, carnea, peştele • prepararea alimentelor: se va folosi, pentru îndulcirea ceaiurilor, compoturilor, ciclamat de sodiu sau zaharină (care se pun după fierberea produselor), sosurile nu se îngroaşă cu făină, ci cu legume pasate; pastele făinoase se cântăresc înainte de fierbere; pâinea se cântăreşte înainte de a fi prăjită (prin deshidratare, se concentrează în glucide); se folosesc fierberea şi coacerea ca tehnici de preparare a alimentelor – recoltează produsele pentru examenul de laborator (sânge, urină) – administrează medicaţia prescrisă de medic, la orele indicate • în diabetul zaharat de tip I insulina ordinară prin injecţie SC, în doza recomandată (în funcţie de valorile glicemiei şi glicozuriei), se administrează cu 15–30 min. înaintea mesei (se foloseşte seringa specială, gradată în unităţi de insulină, se ţine seama că alcoolul inactivează produsul); ritmul de administrare: 2–3 ori/zi, înaintea meselor principale • administrează insulina ordinară prin injecţie IV numai în cazul comei diabetice • administrează insulina monocomponentă, semilentă, lentă o dată sau de două ori pe zi, la ore fixe, prin injecţii subcutanate (vezi *Tehnici de îngrijire – Administrarea medicaţiei antidiabetice*) • respectă, cu stricteţe, măsurile de asepsie • alternează locul de injectare pentru a preveni lipodistrofiile (loc de injectare: faţa externă a braţului, 1/3 mijlocie; fata antero-externă a coapsei, 1/3 mijlocie; flancurile peretelui abdominal; regiunea subclaviculară; regiunea fesieră, superoexternă)

	● în diabetul zaharat de tip II administrează medicaţia hipoglicemiantă pe cale orală: sulfamide hipoglicemiante sau biguanide şi urmăreşte efectele secundare ale acestora (greţuri, vărsături, epigastralgii, inapetenţă) ● administrează medicaţia adjuvantă – vitaminoterapia, KCL – măsoară zilnic diureza şi notează, în foaia de temperatură – măsoară greutatea corporală la interval de 2–3 zile – evaluează manifestările de deshidratare: aspectul pielii şi al mucoaselor, pulsul, tensiunea arterială – evaluează astenia, epuizarea pacientului şi îl ajută în efectuarea îngrijirilor igienice pentru conservarea forţei sale fizice – asigură condiţii de îngrijire în spital, în saloane mici, liniştite, care să permită repausul fizic şi psihic al pacientului – explică pacientului normele de viaţă şi alimentaţie pe care trebuie să le respecte – pune la dispoziţia pacientului exemple de diabetici cu evoluţie favorabilă îndelungată – supraveghează zilnic temperatura corpului, pulsul, tensiunea arterială, consemnând, în foaia de temperatură, rezultatul – supraveghează tegumentele bolnavului şi mucoasele, sesizând manifestările cutanate – educă pacientul privitor la păstrarea igienei personale corporale, în general, şi a picioarelor, în special, pentru a preveni escoriaţiile, fisurile, bătăturile la acest nivel, care se pot infecta uşor (atenţie la obezi, la nivelul plicilor) – sesizează unele modificări, care au drept cauză diverse complicaţii: schimbări ale comportamentului (obnubilarea), transpiraţii, respiraţie Kusmaul, coma – **acordă îngrijiri speciale în coma hiperglicemică:** ● administrează doza de insulină ordinară recomandată de medic pe cale subcutanată şi intravenoasă, la intervalul stabilit ● recoltează, periodic, sânge pentru monitorizarea glicemiei, a rezervei alcaline şi urina pentru glicozurie ● monitorizează pulsul, tensiunea arterială, respiraţia, revenirea conştienţei ● reechilibrează hidroelectric şi acidobazic pacientul prin perfuzii cu ser fiziologic, soluţie Ringer sau Fischer şi soluţie de bicarbonat de sodiu 14 g% ● îngrijeşte tegumentele şi mucoasele pacientului comatos – **acordă îngrijiri speciale în coma hipoglicemică** ● administrează, la recomandarea medicului, soluţie glucozată, hipertonă 10–20%, 250–500 ml/oră, repetat, până la revenirea din starea de comă şi reluarea alimentaţiei pe cale naturală, sub controlul glicemiei

– **intervenţii educative:**

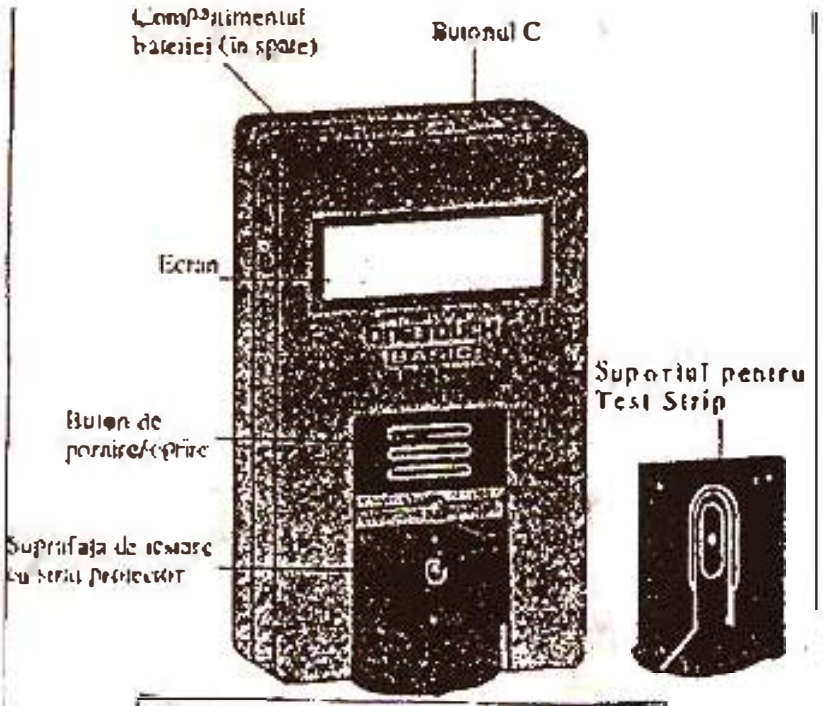
- educă pacientul pentru prevenirea complicaţiilor
- învaţă pacientul să respecte ratia de glucide/24 ore şi să-şi cântărească alimentele
- învaţă pacientul să înlocuiască unele alimente cu conţinut mare de glucide prin altele cu conţinut mai redus, pentru a obţine senzaţia de saţietate (exemplu: pâine care are 50% glucide se poate înlocui cu mămăliga ce conţine 12% glucide)
- învaţă pacientul să dozeze insulina, tehnica injecţiei cu insulină, păstrarea produsului (la loc uscat), la o temperatură de 4°–7°C), să mănânce la 15–30 minute după administrarea insulinei
- învaţă pacientul să recunoască cauzele şi semnele complicaţiilor acute şi cum să intervină in cazul producerii lor



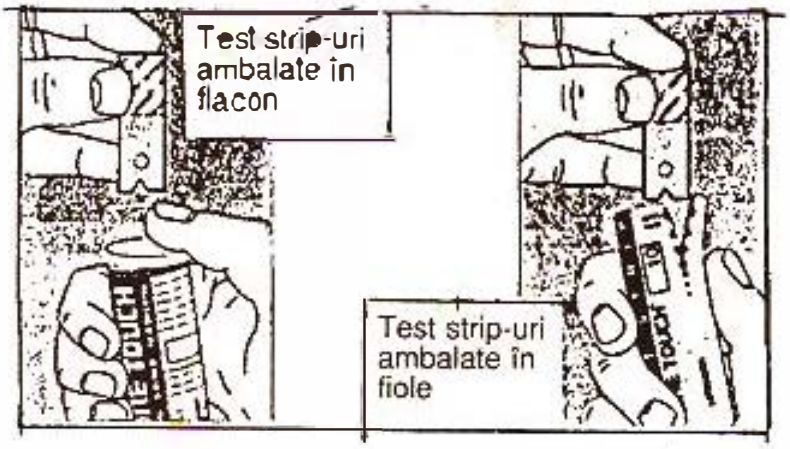
Trusa de glucagon

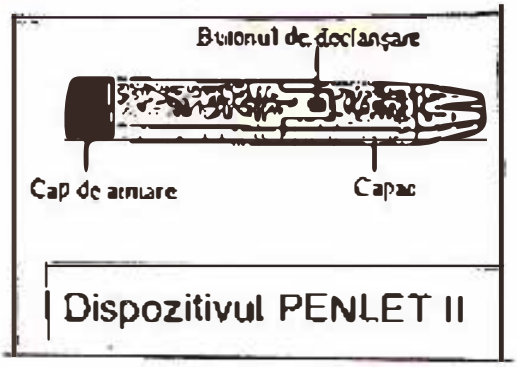
(*Cauzele hiperglicemiei* pot fi: abaterile alimentare, episoadele infecţioase, chirurgicale sau diferite stări fiziologice. Manifestările hiperglicemiei constau în oboseală, somnolenţă, inapetenţă, greţuri, vărsături, diaree, tahicardie, hipotensiune arterială, piele uscată, pierderea lentă a conştienţei, respiraţiei Kusmaul. *Cauzele hipoglicemiei* pot fi: excesul de insulină, ingestia incompletă de hidrati de carbon sau lipsa controlului glicemiei. Hipoglicemia se manifestă prin ameţeli, astenie, piele rece, transpiraţii, HTA, pierderea bruscă a conştienţei, respiraţie normală. În acest caz, pacientul îşi poate administra puţină apă îndulcită, iar în formele severe, anturajul îi poate administra pacientului glucagon im; trusa contine o fiolă de 1 mg glucagon, flaconul cu solvent şi seringa adecvată; această trusă se păstrează la frigider; dizolvarea se va face complet).

- învaţă pacientul să efectueze autocontrolul metabolic (glicemia şi glicozuria la domiciliu). Controlul glicemiei se poate face cu ajutorul bandeletelor sau strip-urilor, folosind sânge capilar. Citirea se face vizual, prin comparatie cu o scală de culori.



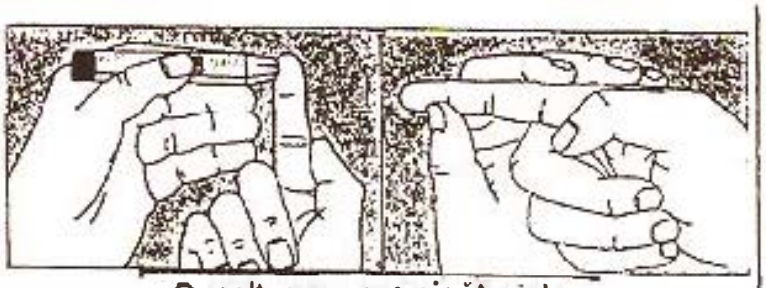
Componentele testerului One Touch™ Basic™





Dispozitivul PENLET II

Introducerea acului LANCET în dispozitiv



Recoltarea unei picături de sânge cu acul Lancet

Aplicarea picăturii de sânge pe test strip

Citirea rezultatelor la 45 de secunde de la aplicarea picăturii de sânge

– **Autocontrolul metabolic cu ajutorul aparatului One Touch Basic:**

- asistenta îi prezintă pacientului materialele necesare (testerul, testele strip, dispozitivul PENLET li pentru recoltarea sângelui şi acul steril (Lancet)
- modul de lucru cu aparatul
- verificarea acestuia cu strip-urile sau soluţia de control
- îi demonstrează tehnica de recoltare a unei picături de sânge cu ajutorul dispozitivului PENLET li, respectând măsurile de asepsie
- îi demonstrează tehnica de aplicare a sângelui pe suprafaţa de testare şi introducerea în aparat
- îl învaţă să citească rezultatul testului
- îi educă asupra modului de păstrare a testelor strip, care se scot din ambalajul original (flacon sau ambalaj din plastic) numai în momentul utilizării se păstrează la o temperatură sub 30°C, nu se va atinge capătul reactiv al testului, flacoanele deschise se utilizează maximum 6 luni de la deschidere, verificându-se termenul de valabilitate
- sfătuieşte pacientul să păstreze evidenţa permanentă a rezultatelor testelor efectuate, notând dieta şi doza de insulină
- conştientizează pacientul că, respectând regimul alimentar, tratamentul recomandat şi modul de viaţă, poate fi o persoană activă cu o viaţă cvasinormală
- îndrumă gravida diabetică pentru a fi supravegheată permanent de către medicul diabetolog, de către asistenta medicală, de către specialistul obstetrician şi medicul neonatolog

Îngrijirea persoanei vârstnice

EDUCAŢIA VÂRSTNICULUI PENTRU MENŢINEREA INDEPENDENŢEI

– Continuarea activităţii fizice, chiar dacă abilitatea vârstnicului scade şi mişcările sunt mai lente
– Plimbări pe jos, exerciţii de gimnastică efectuate zilnic, în scopul menţinerii tonusului muscular, a mobilităţii articulare şi pentru prevenirea unor afecţiuni
– Evitarea surmenajului fizic: la primele semne de oboseală, slăbiciune, tremurături ale membrelor, când se diminuează viteza de mişcare, precizia şi coordonarea mişcărilor, se va opri activitatea, fiind necesară o perioadă de refacere
– Evitarea surmenajului psihic
– Asigurarea unui somn odihnitor (de preferat, fără somnifere)
– Alimentaţie echilibrată, bogată în fructe, legume, lactate, vitamine
– Hidratare corespunzătoare, în funcţie de pierderi
– Prevenirea căderilor prin:
  – amenajarea corespunzătoare a spaţiului de locuit (lumină corespunzătoare, îndepărtarea obstacolelor, montarea barelor de sprijin pe scări, baie, căile de acces, utilizarea covoarelor antiderapante în baie)
  – utilizarea mijloacelor auxiliare (baston, ochelari etc.)
  – purtarea de încălţăminte adecvată, comodă, cu talpă netedă, nealunecoasă.
– Corectarea unor deficienţe:
  – proteze dentare, auditive, ochelari
– Aplicarea măsurilor de prevenire a îmbolnăvirilor acute:
  – evitarea expunerii la frig sau căldură excesivă
  – evitarea contactului cu persoane bolnave
  – evitarea abuzurilor de orice natură.
– Controlul periodic al stării de sănătate

PARTICULARITĂŢI DE ÎNGRIJIRE A PERSOANEI VÂRSTNICE

Culegerea datelor

● *Schimbări fiziologice care însoţesc îmbătrânirea*

– tegumente palide, uscate, ridate
– diminuarea transpiraţiei
– extremităţi reci
– rărirea părului, încărunţire
– încetinirea creşterii unghiilor
– scăderea acuităţii vizuale, a câmpului vizual, a acomodării şi adaptării la întuneric
– scăderea acuităţii auditive, reducerea discriminării sunetelor
– diminuarea gustului, mirosului, a sensibilităţii termice şi dureroase
– creşterea valorilor T.A., variaţii minime ale pulsului în repaus, puls periferic slab perceptibil
– reducerea secreţiilor salivare, deglutiţie mai dificilă, încetinirea peristaltismului intestinal, scăderea producţiei de enzime digestive
– scăderea capacităţii de filtrare a rinichilor, nicturie, incontinenţă urinară la efort, hipertrofie de prostată
– reducerea masei şi forţei musculare, demineralizare osoasă, reducerea amplitudinii mişcărilor articulare
– reducerea reflexelor voluntare sau automate, scăderea capacităţii de reacţie la stimuli, scăderea memoriei, a atenţiei; demenţă
– tulburări de somn: insomnie.

DE REŢINUT:
– schimbările fiziologice diferă de la o persoană la alta; de grade diferite, ele sunt subordonate evenimentelor consecutive care marchează viaţa fiecăruia.
– este important a se aprecia şi modul în care este percepută de vârstnic diminuarea capacităţii fizice, afective, sociale.

● *Schimbări psihosociale*

– Pensionarea: atitudinea faţă de acest eveniment iminent în viaţa fiecăruia este diferită
– unii o aşteaptă cu plăcere, dacă au o bună stare de sănătate, dacă s-au orientat spre alte activităţi sau dacă veniturile financiare sunt suficiente
– alţii sunt nemulţumiţi de pensionare, prezentând riscul unor stări depresive şi dificultăţi de adaptare la modificarea rolului social
– Izolare socială
– poate fi consecinţa prejudecăţilor defavorabile şi de respingere din partea celor din jur

	– poate fi cauzată de diminuarea responsabilităţilor, a prestigiului. ● *Starea de igienă* – carenţele de igienă pot avea drept cauze: – lipsa deprinderilor igienice în familie – dezinteres faţă de propria-i înfăţişare – resurse financiare reduse ● *Locuinţă, mediu* – condiţiile neadecvate care pot influenta starea de sănătate a vârstnicului: – locuinţă la etaj – absenţa serviciilor comunitare – depărtarea de mijloacele de transport – iluminat necorespunzător – teren accidentat. ● *Regim de viaţă* – activităţi desfăşurate – mod de petrecere a timpului liber – durata perioadelor de odihnă. ● *Alimentaţie* – alimente preferate – numărul şi orarul meselor – cantitatea de lichide consumată zilnic – factorii care împiedică alimentarea (edentaţia) – mod de preparare a alimentelor. ● *Dinamica familială* – rol în familie – relaţiile cu membrii familiei – suportul familiei. ● *Starea de sănătate* – afecţiuni acute – afecţiuni cronice – impactul modificărilor fiziologice asupra evoluţiei clinice a unei afecţiuni.
Probleme	– Deficit nutriţional cauze: – lipsa danturii – lipsa resurselor financiare – Sentiment de inutilitate cauze: – diminuarea responsabilităţilor – izolarea de familie – Stare depresivă cauze: – neadaptarea la rolul de pensionar – lipsa interrelaţiilor sociale – pierderea partenerului de viaţă – Potenţial de accidentare cauze: – tulburări senzoriale – demineralizare osoasă – mediu inadecvat – Alterarea imaginii de sine cauze: – dependentă fizică – modificări fiziologice evidente

Obiective	Vizează: – combaterea factorilor care accentuează îmbătrânirea – favorizarea adaptării la schimbările survenite – menţinerea unui grad acceptabil de autonomie – reintegrarea socială
Intervenţii	– Comunicare adecvată cu persoana vârstnică – într-o manieră care să simtă preocupare pentru persoana sa – formulare clară, concisă – repetarea sau reformularea întrebărilor – acordarea timpului necesar ca persoana să pună sau să răspundă la întrebări – orientarea către realitate – se va preciza ora, data şi locul, cu ocazia fiecărei conversaţii – readucerea conversaţiei către realitate, când persoana începe să se îndepărteze Această intervenţie este necesară, deoarece schimbările de mediu (spitalizare, internare în cămin-spital) constituie un stres afectiv care duce la dezorientare, confuzie, pierderea sensului timpului, adaptare dificilă. – Menţinerea autonomiei – manifestarea încrederii în capacitatea de autonomie a persoanei vârstnice – încurajarea persoanei vârstnice să efectueze sarcini, să ia decizii, oferind numai ajutorul strict necesar – asigurarea că aparatele necesare sunt în stare de funcţionare (proteze auditive, ochelari) – felicitarea persoanei vârstnice pentru orice progres în comportament – Stimularea vârstnicului pentru desfăşurarea unor activităţi: – se va ţine cont de preferinţele acestuia – i se va stimula interesul pentru activităţi recreative (excursii, filme, teatru etc.) – vor fi adaptate în funcţie de starea fizică şi psihică a persoanei vârstnice – se vor evita activităţile care presupun efort fizic sau psihic intens – Facilitarea adaptării în cazul internării într-o unitate geriatrică. În general, persoana vârstnică se simte în siguranţă în locuinţa în care-şi desfăşoară cea mai mare parte a activităţii. Internarea într-un cămin-spital este considerată o ruptură de familie, de societate.

În timpul internării, apar manifestări ale reacției de inadaptare, cum ar fi:

– tulburări de nutriție (anorexie, negativism alimentar) – tulburări psihice: agitație psihomotorie, depresie, anxietate, cefalee – insomnie – tulburări cardiovasculare (palpitații, modificări ale T.A.)

Adaptarea este în funcție de:

– nivelul socio-cultural
– condițiile materiale din familie
– structura emoțională și afectivă
– microclimatul și dotarea instituției unde a fost internat
– modul de primire în instituție
– nepregătirea persoanei vârstnice de către familie

Pentru a preveni inadaptarea la schimbarea de mediu, sunt necesare următoarele intervenții:

– pregătirea persoanei vârstnice din timp de către familie sau asistenta socială, asistenta de la dispensar
– primirea persoanei vârstnice cu atenție și respect
– repartizarea pacientului în funcție de nivelul cultural și al afecțiunii prezente
– solicitarea familiei pentru a vizita frecvent pacientul vârstnic
– oferirea de posibilități de petrecere a timpului liber, care să producă satisfacție
– terapie ocupațională.

– Măsuri de prevenire a efectelor imobilizării

La unii vârstnici, există tendința de imobilizare voluntară, manifestată prin negativism, limitarea activităților, petrecerea majorității timpului în pat.

Această atitudine este influențată de:

– vârstă – starea neuropsihică – atitudinea familiei și a personalului de îngrijire – teama de recidivare a unor afecțiuni sau traumatisme.

Ca intervenții menite să prevină efectele negative ale imobilizării amintim:

– schimbarea periodică a poziției
– mobilizarea activă și pasivă
– masaj
– igiena tegumentelor
– igiena lenjeriei de pat și de corp
– servirea la pat cu ploscă și urinar.

– Pentru îmbunătățirea imaginii corporale:

– ajutarea persoanei vârstnice în efectuarea igienei corporale
– stimulare în menținerea unui aspect fizic și vestimentar agreabil.

Îngrijirea pacienţilor cu SIDA (sindromul de imunodeficienţă dobândită)

Având în vedere răspândirea mondială a infecţiilor transmise prin sânge (SIDA, HBV, HCV), considerăm necesară prezentarea unor aspecte legate de SIDA.

SIDA (adică boala confirmată) este o maladie infecţioasă complexă, cauzată de virusul HIV (virusul imunodeficienţei umane).

Culegerea datelor	Circumstanţe de apariţie: Apartenenţa la un grup de risc: – homosexuali, bisexuali – consumatori de droguri – prostituaţi – persoane care au primit transfuzii de sânge – persoane cu relaţii heterosexuale cu mai mulţi parteneri – persoane având relaţii sexuale cu parteneri venind din regiuni endemice (America de Nord şi Sud, Caraibe, Africa Centrală, Thailanda) Alte date: – antecedente sexuale (numele partenerilor) – alte boli în antecedente – lipsa prelungită a poftei de mâncare – oboseală prelungită – stabilirea nivelului de cunoştinţe pentru – evoluţia bolii – precauţii – factori de risc **Manifestări de dependenţă în boala confirmată** (Semne şi simptome) – febră – dispnee, mucozităţi, tuse, cianoză – disfagie – diaree – incontinenţă, disurie – vărsături – anorexie, mucoasă bucală alterată (stomatită) – escare, atrofii musculare, leziuni ulceroase – herpes genital, scurgeri uretrale sau vaginale – insomnie, anxietate – artromialgii – tulburări de afectivitate, de memorie – lipsa de forţă – comă

Probleme	– febră, legată de infecţia cu virus şi asocierea altor infecţii cu germeni oportunişti (bacterii, fungi, micobacterii, protozoare) – dispnee, tahipnee, legate de febră, de prezenţa mucozităţilor, obstrucţia căilor respiratorii, infecţii pulmonare supraadăugate – deshidratare şi dezechilibru hidroelectrolitic din cauza aportului insuficient de lichide, incapacităţii de a se alimenta şi hidrata: anorexie, ulceraţii sângerânde la nivelul cavităţii bucale; dificultate în masticaţie, deglutiţie, vărsături, transpiraţii, diaree. – diaree – legată de infecţii oportuniste – incontinenţă legată de confuzie – pierderea în greutate, denutriţie, legate de catabolismul asociat bolii (diareea – vezi deshidratarea) – dificultate în a se mişca, legată de atrofiile musculare, accidente trombembolice, escare, lipsă de forţă – tegumente uscate din cauza deshidratării – alterarea integrităţii mucoaselor, din cauza ulceraţiilor, fisurilor sângerânde – infecţii intraspitaliceşti din cauza imunodeficienţei, stării de slăbiciune – dezorientare, sentiment de frică, depresie din cauza evoluţiei nefavorabile a bolii (prognoslic grav) – anxietate – din cauza insuficienţei respiratorii – izolare, din cauza lipsei de susţinere socială.
Obiective de îngrijire	– ameliorarea confortului prin: – scăderea febrei – supravegherea funcţiilor vitale – menţinerea funcţiei respiratorii optime – calmarea tusei – compensarea deshidratării şi dezechilibrului electrolitic – hrănirea pacientului – păstrarea igienei mucoaselor, tegumentelor – conservarea integrităţii tegumentelor – menţinerea unei eliminări normale – prevenirea şi tratarea escarelor – ajutarea pacientului la deplasare – pacientul să primească informaţii corecte despre modul de viaţă pe care trebuie să-l adopte şi să nu devină sursă de infecţie (nosocomială) – prevenirea infecţiilor oportuniste – respectarea măsurilor de protecţie personală – ajutarea pacientului să-şi practice religia – susţinere psihologică

Intervenţii	Asistenta: – combate hipertermia prin împachetări în cearşafuri umede, schimbate din 5 în 5 minute – îmbracă pacientul cu lenjerie de corp leţeră evitând supraîncălzirea – monitorizează temperatura de mai multe ori pe zi – păstrează microclimat optim în salon – administrează medicaţia prescrisă: antipiretică – aplică comprese călduţe sau cu gheaţă, la rădăcina membrelor – înlătură crustele care obstruează nările, cu tampoane sterile muiate în muşeţel şi aspiră secreţiile nazale (folosind mănuşi, mască, ochelari – prin tuse violentă se contaminează aerul) – aşază pacientul în poziţie comodă, care să-i faciliteze mişcările respiratorii – umidifică atmosfera (vas cu ceai de muşeţel pe un reşou); aerisește salonul – la indicaţia medicului, administrează oxigen (lubrifierea nărilor înainte de a pune sonda), bronhodilatatoare, calmante ale tusei, fluidificante ale secreţiilor bronşice) – face tapotaj toracic timp de 2 minute, de 4 ori pe zi – aşază pacientul în poziţie de drenaj postural câteva minute (5) – dacă starea pacientului permite, îl învaţă să facă gimnastică respiratorie de 2–3 ori/zi (inspir profund cu ridicarea braţelor, apnee – expir profund cu revenirea braţelor) – notează pierderile de lichide – oferă apă proaspătă, ceai, sucuri – la indicatia medicului, hidratează pacientul parenteral cu perfuzii glucozate 10%, vitamine – asigură aport electrolitic după prescripţia medicului (atenţie la dezechilibrul în K, pericol pentru cord) – hrăneşte pacientul – mese mici, iaur:, biscuiţi, supe, piureuri – la indicaţia medicului: – alimentează prin sonda nazo-gastrică – alimentaţie parenterală (soluţii conţinând substante nutritive şi vitamine) – face toaleta gurii: perioral, cu ceai de muşeţel; toaleta bucală cu soluţie de bicarbonat de sodiu – înlătură cu tampoane sterile depozitul de pe suprafaţa aftelor – bandiţionează mucoasa bucală cu glicerină, stamicină şi anestezină; deoarece oxigenul usucă mucoasele, se efectuează des limpezirea gurii pacientului – face atingeri cu nitrat de Ag ale porţiunilor de tegumente periorale, afectate de herpes – la indicaţia medicului – administrează medicaţia antimicotică, antivirală şi sedativă

– pentru prevenirea escarelor, asigură îngrijiri preventive (schimbarea poziției, igienă etc.)
– dezinfectează tegumentele cu soluție antiseptică, preferabil cu acid boric 3%
– folosește mănusi (de unică folosință) pentru toate manevrele de îngrijire (protecție personală)
– spălarea mâinilor – înainte și după manevre, chiar dacă se poartă mănuși
– efectuează toaleta riguroasă după fiecare emisiune de urină sau de scaun a regiunii perineale și perianale și dezinfectează cu acid boric 3%, cremă protectoare, vit. A + E la nivelul șezutului; în caz de incontinență, instalează sonda à demeure; folosește scutece care se aruncă
– pacientul va avea lenjerie, veselă, obiecte de toaletă individuale (personale)
– încurajează mobilizarea activă, mișcări active ale articulațiilor, contracții musculare izometrice câte 6–8 contracții la interval de 3 ore
– ajută pacientul la mobilizare (deplasare)
Anxietatea și panica pacientului sunt întretinute de insuficiența respiratorie; de aceea, se va pune sonerie lângă bolnav și i se explică folosirea.
– susținerea morală și psihică a pacientului
– favorizează vizitarea pacientului de către persoanele pe care dorește să le vadă (familie, prieteni).
La homosexuali, partenerul are uneori cea mai mare importanță (respectați, tolerați).
– ajută pacientul să comunice (contacte cu lumea exterioară: telefon, scrisori, ziare, radio)
– îi permite să se exprime, îl ascultă cu răbdare când are ceva de spus, chiar îl încurajează să-și exprime gândurile
– îi administrează antidepresive după prescripția medicului
– ajută pacientul să-și practice religia (confesări spirituale, participare la liturghie)
– izolează pacientul, veghează asupra respectării circuitelor funcționale.

IMPORTANT

Măsuri pentru prevenirea propagării infecției

Deoarece infecția cu HIV a creat mari probleme de psihologie colectivă și individuală, este necesar ca întreaga populație să fie informată asupra măsurilor de prevenire.

– la externare, bolnavii și purtătorii sunt informați asupra riscului pe care îl prezintă ca surse de infecție (excluderea de la donarea de sânge, autodeclarare la medic)

– persoanele infectate să aibă un comportament responsabil ca individ informat.

Populaţia să ştie că persoana infectată cu HIV poate desfăşura o activitate economică şi socială normală:

– poate lucra oriunde şi alături de oricine, fără a fi un pericol pentru cineva

– poate frecventa orice local public

– copilul infectat poate frecventa orice grădiniţă sau şcoală

– poate avea viaţă familială normală.

Bolnavul trebuie să ştie că este un rezervor de virus, că este contagios pe anumite căi şi are următoarele obligaţii:

– să nu doneze sânge

– să nu împrumute seringi, ace, obiecte de uz personal (peria de dinţi, lame etc.)

– să informeze partenerul sexual despre boala lui

– să nu aibă relaţii sexuale întâmplătoare, fără protecţie

– să respecte regulile de educaţie sanitară care i-au fost comunicate.

Astfel, infectatul cu HIV nu trebuie să fie marginalizat, favorizându-i-se integrarea lui în societate.

FOARTE IMPORTANT:

Întrucât infecţiile nosocomiale n-au fost prezentate în aceste capitole şi reprezintă o problemă importantă în asistenţa medicală din unităţile sanitare (sistem public şi particular), considerăm obligatoriu ca, încă din şcolile postliceale sanitare, să se prelucreze elevilor de către instructori (profesori de nursing) **Ordinul M.S. nr. 190 din 1982 şi nr. 984 din 23 iunie 1994,** pentru organizarea supravegherii, prevenirii şi controlului **INFECŢIILOR NOSOCOMIALE.**

Îngrijirea pacientului în faza terminală

A te naşte, a suferi pierderi, a muri sunt evenimente care fac parte din experienţa fiecărei persoane.

Cunoaşterea procesului de doliu şi a noţiunilor legate ce pierdere îi va permite asistentei să ajute muribunzii într-o manieră sensibilă.

Pierdere

O persoană cunoaşte sentimentul de pierdere faţă de un obiect, o persoană, o funcţie a corpului său. Pierderea poate fi reală sau doar resimţită. Cu cât investiţia în ceea ce s-a pierdut este mai importantă, cu atât sentimentul de pierdere este mai intens.

Când este vorba de pierderea vieţii, fiecare reacţionează diferit la iminenţa morţii:
- pentru o persoană vârstnică, care suferă de o boală, poate fi o uşurare
- pentru unii, trecerea într-o altă viaţă
- alţii devin anxioşi.

Doliu

Doliul este experienţa subiectivă care urmează pierderii unei persoane dragi. Tristeţea legată de doliu este o criză de adaptare, care necesită timp pentru reluarea unui comportament normal.

În perioada de doliu, persoana încearcă diferite strategii pentru a face faţă situaţiei:
- acceptă realitatea pierderii
- acceptă ideea că doliul este dureros
- se adaptează la mediul din care persoana decedată a dispărut
- reinvesteşte energia afectivă în relaţii noi.

Conform teoriei lui Evi Kübler-Ross, etapele procesului de doliu (manifeste atât la persoanele care suferă o pierdere, cât şi la cei care trebuie să înfrunte propria moarte) sunt în număr de cinci:

1. – refuză să accepte realitatea; nu poate lua decizii; efectuează activităţi care-i depăşesc forţa fizică; accese de euforie nefundamentată;
2. – îşi îndreaptă mânia împotriva familiei şi a personalului medical; are sentimentul de culpabilitate, care antrenează anxietate;

3. – își pierde stăpânirea de sine; este gata să facă orice pentru modificarea prognosticului; solicită părerea altora;
4. – devine depresiv, rezervat și tăcut; simte că nu poate stăpâni situația; se preocupă puțin de aspectul său; manifestă tendința de suicid;
5. – acceptă moartea, este capabil să vorbească despre ce resimte cu privire la moarte.

ASPECTE ALE ÎNGRIJIRII PACIENTULUI ÎN FAZA TERMINALĂ ȘI ÎN DOLIU

Culegerea datelor	● *Vârsta* – joacă un rol în felul de recunoaștere a unei pierderi și de a reacționa la ea. – sugarul: pierderea, moartea au puțină semnificație pentru el – copilul mic: dificultatea de a distinge realul de imaginar îl împiedică să înțeleagă absența vieții; funcția cognitivă a copilului mic nu este suficient dezvoltată pentru a înțelege moartea – preșcolarul: cunoaște cuvântul moarte, pe care-l înțelege ca un fel de despărțirea temporară, fără a sesiza caracterul definitiv al morții – școlarul: înțelege explicațiile logice asupra morții; un deces printre cei apropiați îi poate provoca teama de necunoscut – adolescentul: înțelege moartea ca și adultul; nu acceptă ușor ideea morții – adultul: reacționează la o pierdere în funcție de efectele asupra modului său de viață, a statutului său social – vârstnicul: trăiește doliul prin anticipație din cauza îmbătrânirii și a fricii pentru pierderea autonomiei; refuzul sau acceptarea morții depind de personalitatea fiecăruia, de propria-i stimă și de facultățile rămase intacte. ● *Natura relațiilor:* calitatea și tipul realațiilor pierdute determină reacția supraviețuitorului în doliu. – pierderea partenerului de viață este extrem de stresantă – pierderea copilului este traumatizantă – pierderea părinților determină reacții în funcție de calitatea relațiilor avute. ● *Natura decesului:* capacitatea unei persoane de a depăși doliul depinde de circumstanțele decesului: – în morțile subite și neașteptate, atenuarea doliului este mai lentă – moartea prin suicid sau violență sunt greu acceptate. ● *Convingeri culturale și spirituale:* determină reacțiile la o pierdere, deces, doliu. – o persoană în doliu face deseori apel la religie pentru a găsi forță și susținere – unii recurg la ritualuri și practici diferite pentru consolare.

	● *Situaţia socio-economică:* determină capacitatea familiei de a-şi mobiliza resursele şi mecanismele de susţinere, permiţându-i să înfrunte pierderea. ● *Reacţia la doliu:* – expresia verbală a tristeţii – culpabilizare – mânie – tristeţe – plâns – dificultate de a exprima tristeţea – schimbarea obiceiurilor alimentare – tulburări ale somnului – modificări în activitate – perturbarea vieţii cotidiene – instabilitate afectivă ● *Reacţia muribundului* – comportament faţă de familie şi personalul medical – atitudine faţă de iminenta morţii ● *Factori de risc pentru supravieţuitoti* – statut socio-economic modest – probleme de sănătate – moarte subită – izolare socială – obsesia imaginii muribundului – absenta susţinerii familiale ● *Manifestări de dependenţă* (semne şi simptome) – tulburări gastrointestinale: anorexie, greţuri, vărsături – scădere în greutate – tulburări de somn – oboseală – tulburări cardio-respiratorii ● *Modificări fiziologice după moarte* – rigiditate cadaverică – scăderea temperaturii corporale şi dispartia elasticităţii pielii – coloraţie violacee a pielii, extremităţilor – lichefierea ţesuturilor
Probleme	– tristeţe – cauze – moarte subită – modificări în statutul socio-economic – izolare socială – cauze – pierderea persoanei dragi – lipsa suportului familial – alterarea dinamicii familiale – cauze – schimbarea rolului (pierderea soţului, copilului)
Obiective	● *Vizează:* – ameliorarea efectelor sentimentului de tristeţe – menţinerea autonomiei în activităţile cotidiene – menţinerea speranţei – atenuarea sentimentului de izolare

Intervenţii	● *Comunicare terapeutică* – dovediţi înţelegere şi empatie pentru preocupările, temerile şi îndoielile pacientului, reducând efectele psihologice şocante – clarificaţi sau modificaţi percepţia realităţii – informaţi-l asupra bolii şi corectaţi informaţiile eronate – ajutaţi-l să folosească propriile rezerve de speranţă – favorizaţi relaţii care-i întreţin speranţa – faceţi-l să înţeleagă că este iubit de membrii familiei ● *Menţinerea stimei de sine* – aplicarea măsurilor de susţinere şi reconfort – asigurarea unei înfăţişări agreabile: igienă corporală, îmbrăcăminte, coafură etc. ● *Reluarea activităţilor cotidiene* – pe măsură ce pacientul începe să accepte pierderea, va fi incitat să-şi reia activitatea cotidiană *Intervenţii pentru pacientul în fază terminală* – promovarea bunăstării – ameliorarea durerii – igiena tegumentelor şi mucoaselor – igiena lenjeriei – asigurarea liniştii – gruparea îngrijirilor pentru a evita oboseala pacientului – prevenirea complicaţiilor legate de imobilizare – alimentaţie şi hidratare în funcţie de afecţiune şi toleranta pacientului – menţinerea autonomiei (o autoîngrijire cât de mică îi poate aduce satisfacţie): – să-şi pună singur ochelarii – să se spele pe faţă – să mănânce – prevenirea izolării – ameliorarea mediului ambiant – reconfortare spirituală – chemarea preotului – susţinerea familiei – comportarea în aşa fel ca muribundul să participe la îngrijiri – planificarea orelor de vizită pentru a nu obosi inutil pacientul – informarea zilnică a familiei despre starea pacientului – anunţarea morţii iminente ● *Intervenţii după deces* – spălarea corpului cât mai rapid – îndepărtarea tenjetei murdare – poziţionarea corpului în decubit dorsal, mâinile încrucişate, puişor de pernă sub cap – menţinerea gurii închise; lenjerie curată; acoperirea cu cearceaf curat – predarea obiectebr de valoare şi a bunurilor personale ale pacientului, familiei.

Plan de îngrijire (I) a unui pacient cu multiple afecţiuni în STI

GHID DE ÎNGRIJIRE

Culegerea datelor	– N. M. 51 ani, pensionar de boală – căsătorit, 2 copii majori – condiţii de locuit bune – apartament confortabil 4 camere – soţia lucrează – copiii – unul elev, altul student, depind material de familie – veniturile materiale ale familiei – medii, completate cu venituri provenind din agricultură posedând o casă la lară şi grădină, care satisfac nevoile de legume şi zarzavaturi ale familiei – este de religie ortodoxă, fără a fi un predicant cunoscut al dogmei religioase. Pacient cunoscut cu ciroză hepatică pe fond toxic etilic din 1990, urmând tratament hepatoprotector intermitent şi regim alimentar. A mai fost spitalizat în repetate rânduri pentru edeme şi ascită, hemoragie digestivă inferioară de la nivelul pachetului hemoroidal şi fenomen de encefalopatie portală. În ultimele patru luni, aceasta este a treia internare pentru sindrom edematos (edeme şi ascită), fără răspuns la terapia diuretică. Actuala internare este precipitată şi de apariţie a unei erupţii roşii-violacee la nivelul gambei drepte, dureroasă şi cu semne celsiene locale. Pacientul N. M. se internează de urgenţă în STI în 02.07.1997 ora 8.30 cu următoarele manifestări de dependentă: – alterarea profundă a stării generale – anxietate – greaţă, vărsături alimentare şi biliare – tahipnee – respiraţie superficială

	– tahicardie – hipotensiune – febră şi frisoane – durere vie la nivelul hipocondrului drept – balonare, inapetenţă – edeme ale membrelor pelvine – erupţie cutanată, roşie-violacee, la nivelul gambei drepte – prurit cutanat, icter – oligurie – somnolenţă diurnă – treziri nocturne repetate *Dg. medical* la internare: ciroză hepatică decompensată vascular şi parenchimatos erizipel al gambei drepte sindrom hepato-renal *Date de laborator* în ziua internării: – HT = 31% – Hb = 6,4% – Nl = 2 800/m³ – VSH = 28 mm la 1h = 53 mm la 2 h – formula leucocitară NS = 2%; NNS = 58%; Ba = 0%; Eo = 1%; Li = 37%; Mo = 2%; trombocite izolate în grupe mici – TGO = 684 nKat/l; TGP = 846 nKat/l – Bil. t =56 mmol/l; Bil.dir. =23 mmol/l – Bil. indir. = 33 mmol/l – F. alcalină = 2 860 nKat/l – Glicemie = 4,6 mmol/l – prot. totale = 5,8 g% Alb = 3,7 g% G = 2,1 g% – uree = 10,16 mmol/l, Creatinina serică = 214 umol/l – ionograma serică – Na^+ =1 37 mmol/l – H^+ = 4,6 mmol/l – Ca^{++} = 0,86 mmol/l – TA = 110/60 mmHg; P = 88/minut – T = 38,7° C
Problemele pacientului	● *alimentaţie insuficientă calitativ şi cantitativ:* – greaţă – inapetenţă –vărsături ● *respiraţie inadecvată* – respiraţie superficială –tahipnee

- *circulaţie inadecvată*
  - tahicardie
  - edeme
  - hipotensiune arterială
- *eliminare inadecvată*
  - vărsături alimentare şi biliare
  - oligurie
- *dificultate în deplasare*
  - mişcare deficitară şi postură inadecvată
  - deplasare greoaie (edeme membre pelvine)
  - poziţie în decubit dorsal
  - durere la mobilizarea membrului (erizipel gamba dr.)
- *dificultate în a se odihni*
  - dispnee din cauza volumului abdomenului crescut
  - somnolenţă diurnă
  - insomnie nocturnă
- *Hipertermie*
  - frisoane
  - febră
  - T = 38,7° C
- *atingerea integrităţii tegumentului*
  - tegumente în tensiune din cauza edemului
  - erupţie eritematoasă, violacee, din cauza erizipelului
  - icter şi prurit cutanat
- *comunicare*
  - inadecvată la nivel afectiv
  - anxietate
  - somnolenţă
- *dificultate în a acţiona după credinţă*

NOTĂ: – problemele pacientului sunt doar inventariate
– dg. complet de îngrijire (nursing) este formulat complet prin PES în planul concret de îngrijire.

PLAN DE ÎNGRIJIRI

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENŢII	EVALUARE
02.07.1997 ora 9 00 Alimentaţie insuficientă din cauza bolii hepatice: – complicată cu sindrom hepato-renal – manifestată prin inapetenţă, greaţă	Pacientul: – să prezinte diminuarea senzaţiei de greaţă şi a vărsăturilor în termen de 24 ore – să recâştige apetitul treptat – evaluez pacientul la orele 13, 17, 21, 8	Analizez cu pacientul şi descopăr care sunt situaţiile care accentuează senzaţia de greaţă, vomă – constat că acestea sunt accentuate de mirosuri neplăcute, aportul alimentelor, ingestia de lichide în cantitate mare – ofer pacientului regimul prescris de medic: hipoprotidic, normocaloric, hiposodat – fracţionez necesarul caloric în trei mese principale şi două gustări administrate la orele: – mic dejun ora 8,00 – prânz ora 13,00 – cina ora 19,00 – gustarea I ora 10,30 – gustarea a II-a ora 15,00 – aerisesc bine salonul înaintea fiecărei mese – prezint meniul atractiv pe o tavă protejată cu un şervet curat – ajut pacientul să adopte o poziţie comodă, cu partea cefalică a patului ridicată – nu insist pentru a consuma întreaga cantitate de alimente – administrez medicaţia prescrisă în raport cu orarul meselor: – antiemetice înainte de mese – fermenţi digestivi în timpul mesei – restul medicaţiei postalimentar	02.07.1997 ora 13,00 – persistă vărsături şi greaţă 02.07.1997 ora 17,00 – pacientul se hidratează oral – a prezentat două vărsături bilioase – senzaţia de greaţă diminuă parţial – se menţine alimentaţia insuficientă caloric administrată oral 02.07.1997 ora 21.00 – obiectiv nerealizat, se accentuează vărsăturile bilioase 03.07.1997 ora 8 – obiectiv nerealizat în primele 24 ore – persistă vărsături alimentare şi bilioase – alimentaţie insuficientă caloric

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
– 03.07.1997	– pacientul să prezinte diminuarea senzației de greață și vărsături – hidratare și alimentare orală – evaluarea la orele 13, 18, 21	Mențin intervențiile programate în ziua anterioară Mențin intervențiile delegate (alimentație parenterală și hidratare) Glucoză 10% 1 500 ml + Insulină 3x8 UI Metoclopramid fiolă IV ora 12,30–18,30 Fitomenadion IM orele 6, 14, 21	03.07.1997 ora 13.00 – obiectiv nerealizat: persistă senzația de greață – pacientul refuză alimentația; primește lichide (ceai pe cale orală) 03.07.1997 ora 18,00 – obiectiv nerealizat: apare vărsătura în „zaț de cafea" (o singură vărsătură ora 15.30) – nu se alimentează oral – primește ceai de plante în înghițituri mici 3.07.1997 ora 21.00 – pacientul refuză orice alimentație inclusiv lichidele – deglutiție dificilă; se continuă hidratarea parenterală

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENŢII	EVALUARE
02.07.1997 ora 9.00 Respiraţie inadecvată – dispnee – tahipnee din cauza volumului adominal crescut (prin prezenţa ascitei şi aerocoliei), manifestată prin respiraţie superficială tahipneică	Pacientul să prezinte respiraţie îmbunătăţită în decurs de 24 ore – evaluez pacientul după 24 ore	– adopt cu pacientul o poziţie care să-i favorizeze respiraţia cu extremitatea cefalică şi trunchiul ridicate în unghi de 45 grade – poziţie semişezând – ridic extremitatea cefalică a somierei, pentru realizarea acestei poziţii – intervenţiile de la nevoia de a te alimenta – regimul reduc nivelul aerocoliei şi ascitei în timp permiţând realizarea obiectivului – administrez, la indicaţia medicului, oxigen pe mască	03.07.1997 ora 8.00 – obiectiv nerealizat în primele 24 ore – se menţine respiraţia dificilă, superficială, tahipneică – poziţionarea pacientului influenţează nesemnificativ funcţia respiratorie – reevaluez şi corelez realizarea obiectivului concomitent cu nevoia de a elimina cauza directă a modificării respiraţiei
03.07.1997 ora 8.00 Respiraţie inadecvată tahipneică superficială, din cauza bolii.	Pacientul să prezinte respiraţie îmbunătăţită în decurs de 24 ore – evaluez la orele 14, 21	– menţin intervenţiile anterioare	03.07.1997 ora 14.00 – după practicarea paracentezei, sa obţine o uşoară ameliorare a dispneei – se menţine tahipneea – administrarea de oxigen pe mască ameliorează tahipneea pe perioade scurte

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
			03.07.1997 ora 21.00 – obiectiv nerealizat: respirație acidotică; apar scurte perioade de apnee 04.07.1997 ora 1.30 – se instalează stopul respirator și survine decesul
02.07.1997 Circulație inadecvată din cauza: a) sechestrării de lichide în spațiul extracelular (edeme) b) performanțe metabolice reduse ale inimii din cauza sulerinței hepatice c) suprasolicitarea cordului din cauza ascitei d) compresiunea vaselor abdominale de către lichidul ascitic, manifestată prin tahicardie, hipotensiune arterială, edeme	Pacientul să prezinte circulația îmbunătățită pe perioada spitalizării. Se va face zilnic evaluarea.	– asigur poziția cea mai favorabilă circulației și respirației prin modificarea geometriei patului (poziție semișezând) – asigur și supraveghez regimul alimentar hiposodat și administrarea de alimente în 5 mese fracționat – pregătesc materialele necesare pentru paracenteza de necesitate – administrez medicația prescrisă de medic: – Aspatofort 2 f i.v. ora 8,00 – Nifedipină 3x1/zi ora 6, 14, 20 – Spironolactonă 2x1/zi orele 8 și 20 – Lisinopril 2x2,5 mg orele 8.00 și 20.00 – Vitamina B1 f l B6 f l B12 f l } adm. i.m. ora 12.00	Obiectiv nerealizat în primele 24 ore Se practică paracenteza de necesitate în data de 03.07 ora 10.00 03.07.1997 ora 12.30 – după paracenteză, se reduce volumul abdomenului – TA se stabilizează la 110/60 mm Hg, AV = 80/min – ușoară ameliorare subiectivă a stării generale

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
02.07.1997 ora 9.00 Eliminare inadecvată: – vărsături alimentare și bilioase – oligurie manifestată prin vomă, scăderea diurezei, din cauza sechestrării lichidelor în interstițiu (edeme) și comprimării prin lichidul de ascită a vaselor renale, consecință directă a sulerinței hepalice	Pacientul să nu prezinte vărsături în decurs de 24 ore Evaluare la 12 ore	a) – Aplic măsurile propuse la nevoia de a se alimenta – administrez, la indicația medicului, medicația antiemetică (Meloclopramid 3x1/zi orele 8, 14, 21) b) – Aplic măsurile de la nevoia de a respira și a avea o bună circulație, care vor realiza și acest obiectiv	02.07.1997 Obiectiv nerealizat în primele 12 ore – se menține oliguria 500 ml urină/24 ore – continuă vărsăturile în volum de aproximativ 1 500 ml/24 ore bilioase
03.07.1997 – eliminare inadecvală, oligurie, vărsături bilioase din cauza bolii	Pacientul să prezinte diminuarea senzației de greață și a vărsăturilor, îmbunătățirea diurezei în decurs de 24 ore – evaluez la 12 ore interval	– Mențin inlerventiile anteioare	03.07.1997 ora 9.00 – obiectiv nerealizat, diureza 200 ml, vărsături aproximativ 1500 – 2000 ml alimentare și bilioase – se decide paracenteza 03.07.1997 ora 21.00 – obiectiv nerealizat – la ora 15.30 au apărut vărsături în „zaț de cafea" în volum de aproximativ 500 ml

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
02.07.1997 Dificultate în deplasare, postură inadecvată din cauza edemelor și a ascitei	– pacientul să se poată deplasa cu ajutor pentru nevoile fiziologice – evaluez la 24 ore	– acord sprijin pacientului în ridicarea la marginea patului și acord sprijin în deplasarea pentru nevoile fiziologice NOTĂ: măsurile propuse la nevoile de alimentare și circulație, satistac parțial și acest obiectiv, mentin aceleași intervenții	03.07.1997 ora 9.00 Pacientul se deplasează cu sprijin pentru nevoi
03.071997 Deplasare foarte greoaie în postura inadecvată, din cauza ascitei și lipsei forței musculare generate de suferința hepatică.	Menține obiectivul anterior – evaluez a 12 ore		03.07.1997 ora 21.00 – pacientul rămâne la pat după paracenteză, intervalul 10-15 – după ora 18.00, deplasare dificilă prin lipsa forței musculare; refuză deplasarea la toaletă, solicitând bazinetul la pat
02.07.1997 ora 9.00 Dificultate în a se odihni din cauza: – dispneei generate de prezența ascitei – insomnie nocturnă cu somnolență diurnă din cauza suferinței hepatice grave, manifestată prin fatigabilitate extremă și treziri repetate nocturne.	Pacientul să aibă un somn liniștit, odihnitor, pe perioada internării – să doarmă 3–4 ore pe noapte ără treziri – evaluez la 24 ore	– solicit pacientului și îl ajut să evite ‚picotelile" din cursul zilei, antrenându-l în activități de relaxare – asigur liniștea nocturnă și condiții de confort termic aerisesc încăperea înaintea somnului nocturn – planific îngrijirile și intervențiile delegate, astfel încât să evit trezirea pacientului între orele 22 – 6 – aplic măsurile prevăzute la nevoia de a se alimenta, a respira, a avea o bună circulație și a elimina, care vor satisface implicit și nevoia de a se odihni	02.07.1997 Obiectiv nerealizat în 24 ore – persistă picotelile diurne – insomnie nocturnă și treziri repetate din cauza dispneei

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
03.07.1997 ora 6.00 – dificultate în a se odihni din cauza trezirilor frecvente, generate de dispnee și durere.	– pacientul să aibă 3-4 ore de odihnă nocturnă – evaluez la orele 18.00 și 6.00	– păstrez intervențiile anterioare	03.07.1997 ora 18.00 – pacient epuizat din cauza lipsei somnului nocturn – a dormit aproximativ 2 ore în intervalul 11-13 după efectuarea paracentezei 04.07.1997 ora 1.30 – pacientul devine somnolent, se instalează treptat starea comatoasă și decedează la 1.30
02.07.1997 Hipertermie din cauza procesului infecțios al gambei drepte (erizipel), manifestată prin frison, febra 38,7° C	Pacientul să nu prezinte febră în decurs de 24 ore	– asigur condiții de confort termic în salon – asigur lenjeria adecvată pe care o schimb după fiecare val de transpirație – șterg tegumentele pacientului după fiecare val de transpirație – asigur hidratarea corectă a pacientului după bilanț administrând lichidele în cantități fracționale (vezi nevoia de a te alimenta și hidrata) – aplic comprese antiseptice, antiflogistice, tocal, la indicația medicului (Rivanol 1‰) – administrez medicația (antibiotice) conform indicației medicului (Penicilină 2x5 000 000 ui)	03.07.1997 Proces evolutiv, răspunde inadecvat la tratament Obiectiv nerealizat

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
02.07.1997 Atingerea integrității tegumentelor din cauza prezenței procesului infecțios local (erizipel) Diagnostic potențial Atingerea integrității tegumentelor prin apariția escarelor din cauza imobilizării la pat și edemelor.	Pacientul să aibă tegumente curate și intacte pe perioada spitalizării	– asigur igiena corporală generală și locală – efectuez de două ori pe zi masaje și tamponament cu pudră de talc – șterg cu prosop curat tegumentele de câte ori este necesar după transpirație – comprese locale antiflogistice și antiseptice – asigur drenaj postural prin ridicarea membrelor pelvine la 15 grade față de planul patului – schimb poziția cât mai des pentru a evita apariția escarelor – administrez antibioterapia prescrisă	02.07.1997 Obiectiv nerealizat la 12 ore – se mențin tegumentele lucioase în tensiune și cu semne celsiene locale – după 24 ore nu sunt prezente escare – moderată diminuare a temperaturii locale în zona cu erizipel
03.07.1997	Pacientul să aibă tegumentele curate și să nu dezvolte escare pe perioada spitalizării	Mențin intervențiile anterioare la care adaug: – pansament steril la locul paracentezei – supraveghez tegumentele în zona abordului	03.07.1997 – pacientul nu a dezvoltat escare – fără semne inflamatorii la locul paracentezei
02.07.1997 Comunicare la nivel afectiv inadecvată din cauza: – alterări profunde a stării generale, manifestată prin:	Pacientul să comunice cel puțin non-verbal cu echipa de îngrijire pe toată perioada spitalizării – pacientul să fie liniștit și convins de prezența personalului de	– preiau pacientul în momentul internării și mă prezint cu numele, funcția și rolul meu în echipa de îngrijire – realizez un climat de liniște, calm, asigurând pacientul de întreaga mea disponibilitate în acordarea îngrijirilor – mă adresez calm pacientului și familiei, asigurându-i că echipa de îngrijire va face tot posibilul pentru evoluție bună	02.07.1997 După două ore, realizez comunicarea eficientă cu pacientul și familia (soția) atât verbal cât și afectiv – pacientul este convins de disponibilita-

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
– anxietate, generată de evoluția nefavorabilă a bolii – somnolență diurnă (torpoare)	îngrijire și a persoanelor semnificative din familie, pe toată perioada bolii	– creez condiții optime în salon, de confort și intimitate, permițând accesul persoanelor strict necesare acordării îngrijirilor – mângâi bolnavul în timp ce mă adresez lui și îl asigur de prezența mea în toate momentele dificile – permit soției, pe care o depistez ca persoana semnificativă în anturajul lui, să participe și o antrenez în acordarea îngrijirilor	lea echipei de îngrijire și recâștigă speranța ameliorării sănătății – pacientul se simte în siguranță, deoarece sunt prezentă la toate solicitările sale
03.07.1997 Comunicare la nivel verbal inadecvată, din cauza stării stuporoase	Comunicare non-verbală pe toată perioada internării pentru a menține starea de liniște pentru pacient – comunicare verbală cu familia pentru a menține starea de liniște și a realiza trecerea în condiții demne peste deznodământul fatal previzibil	Asigur familia că pacientul nu va avea dureri și voi fi prezentă în permanență lângă bolnav	03.07.1997 – pacientul prezintă scurte perioade de luciditate în care se realizează și comunicare verbală – prezența permanentă a personalului de îngrijire face ca pacientul să aștepte fără frică venirea nopții – familia este resemnată și mulțumită de îngrijirile acordate 03.07.1997 ora 22.00 – cu pacientul se realizează numai comunicare non verbală și intră în comă; decedează la ora 1.30

DG. NURSING	OBIECTIVE	INTERVENȚII	EVALUARE
Dificultate în a acționa după credință și valori	Pacientul să aibă acces la practicarea religiei pe perioada spitalizării	Facilitez accesul parohului la patul bolnavului, pentru împăcarea cu sine, având în vedere solicitarea familiei și evoluția nefavorabilă a cazului. Se acordă împărtășania.	Obiectiv realizat în 03.07 ora 12.00

NOTĂ: Pacientul a avut o evoluție nefavorabilă, a decedat în comă hepatică în 04.07.1997 ora 1.25, deces survenit în condiții demne, fără chinuri, familia fiind mulțumită că s-a făcut tot posibilul pentru ameliorarea suferinței, iar pacientul a rămas încrezător, fără a fi terorizat de senzația de frică în fața morții până în ultimele clipe.

Dr. Vasile BONAȚ

Plan de îngrijire (II)

Culegerea datelor	– **B.M.** 52 ani, profesor universitar – căsătorit, soţia mai tânără cu 15 ani – are un fiu pe care-l pregăteşte pentru examenul de admitere la liceu Din relatările aparţinătorilor, am aflat că pacientul obişnuia să fumeze cca 2 pachete de ţigări pe zi şi să bea 2-3 cafele zilnic. Avea o viaţă foarte activă, îi plăceau excursiile, îi plăcea să citească, să asculte radioul şi să se uite la televizor. Este de religie ortodoxă, crede în Dumnezeu. Locuieşte în Bucureşti, într-un apartament de 4 camere confortabil. În prezent, pacientul nu comunică verbal. Pacientul se internează în secţia de Neurologie în data de 15.V.1997, cu următoarele **manifestări de dependenţă:** – tulburări de deglutiţie – incontinenţă urinară – neliniştit, agitat, anxios, nu acceptă ajutorul soţiei, refuză să se alimenteze – hemiplegie dreapta – afazie **Istoricul bolii** Aflu de la soţie că în dimineata de 15.V.1997, când s-a trezit, a observat că soţul dânsei nu poate să vorbească, nu-şi poate mişca braţul drept şi membrul inferior drept. A chemat salvarea şi l-a adus la clinică. Soţia spune că nu a suferit de alte boli. Pacientul prezintă TA 150–80 mmHg; puls 60/minut; R 20/minut. **Diagnostic medical** AVC ischemic cu hemiplegie dreapta, predominant brahială, afazie motorie.
Problemele pacientului (am ales doar câteva din problemele pacientului)	– alterarea mobilităţii fizice – deficit de autoîngrijire – incontinenţă urinară – risc de alterare a integrităţii pielii – risc de alterare a nutriţiei – incapacitatea de a comunica – alterarea imaginii de sine

PLAN DE ÎNGRIJIRE

15.05.1997

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENȚII	EVALUARE
● alterarea mobilității fizice legată de deficitul motor și senzorial, manifestată prin: – incapacitatea de mișcare voluntară (hemicorp drept) – limitarea amplitudinii de mișcare – lipsa coordonării mișcării – diminuarea forței musculare	Pacientul: – să efectueze mișcări active cu membrul inferior și superior drept – să se deplaseze cu ajutor, câțiva pași, în termen de 3–4 zile, apoi până la toaletă, în termen de o săptămână – 10 zile – să atingă un grad de autonomie maxim de deplasare, în termen de două săptămâni	– asigur o poziție fiziologică a membrelor pacientului, cu brațele pe lângă corp, dar nu lipite de corp – așez membrele inferioare departe unul de celălalt, cu colaci de vată sub călcâie – mobilizez pasiv pacientul la 2 ore (ora 6, 8...) din decubit dorsal în decubit lateral stâng și drept – vezi anexa 3 (Foaia de supraveghere) din **BREVIAR, Lucrația Titircă** – solicit cooperarea pacientului la schimbările de poziție În decubit lateral, sprijin spatele pacientului cu pătura rulată sau cu o pernă, brațul deasupra în semiflexie pe abdomen, iar celălalt pe lângă corp – efectuez masaj, cel puțin 10 minute, al spatelui și membrelor la fiecare schimbare de poziție – efectuez mișcări pasive ale membrelor prin mișcări de flexie, extensie și rotire, de 3 ori pe zi câte 5 minute – învăț pacientul să-și mobilizeze mâna dreaptă cu ajutorul mâinii stângi – încurajez pacientul pentru mobilizarea activă ale celorlalte segmente ale corpului	17.05.1997 – pacientul efectuează ușoare mișcări active ale membrelor inferior și superior drept (mai reduse la cel superior); reușește să se miște impulsionându-se de forța hemicorpului stâng 18.05.1997 – se ridică în poziție semișezând cu mijloacele arătate la intervenții 19.05.1997 – pacientul se deplasează cu ajutor câțiva pași 23.05.1997 – pacientul se deplasează la toaletă

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENȚII	EVALUARE
		– învăț pacientul să utilizeze mijloacele auxiliare în vederea efectuării unor mișcări, cu ajutorul unor agățătoare sau fașe legate de marginea patului, să se ridice ușor, finându-se cu mâna stângă de acestea, de 3–4 ori pe zi – ajut pacientul să se ridice la marginea patului, progresiv, de la câteva secunde la câteva minute, apoi după 3–4 zile îl sprijin în efectuarea câtorva pași – felicit pacientul pentru orice progres efectuat	
● deficit de autoîngrijire, din cauza deficitului motor, manifestat prin: – incapacitatea de a se spăla – incapacitatea de a se îmbrăca – dificultatea de a se alimenta – incapacitatea de a se deplasa la toaletă	Pacientul să fie capabil să-și satisfacă parțial nevoile de autoîngrijire, de a se spăla, de a se îmbrăca..., în decurs de trei zile	– antrenez pacientul în efectuarea autoîngrijirilor – evaluez cu domnul M ce poate să facă singur (acțiuni partial independente) și ce nu poate, legat de îngrijirile de igienă: – se spală pe față cu mâna stângă – se spală pe dinți – nu-și poate tace toalela intimă – mă îngrijesc să-i fie asigurate îngrijirile de igienă personală ale pacientului (izolându-l cu paravan) și o igienă riguroasă a cavității bucale (implic soția și fiul) – după fiecare toaletă, efectuez frictiuni ale spatelui, toracelui și a membrelor, cu alcool mentolat și pudră de talc – îl ajut în alimentație, încurajându-l să se alimenteze cu mâna stângă și să exerseze cu mâna dreaptă	15.05.1997 – pacientul a fost alimentat pasiv în prima zi 17.05.1997 – pacientul folosește mâna stângă pentru a se alimenta, a se îmbrăca, a se spăla pe față, pe mâini 18.05.1997 – pacientul încearcă în permanență să exerseze mișcări cu mâna dreaptă

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENŢII	EVALUARE
		– ajut pacientul să se îmbrace, să se dezbrace, încurajându-l să se folosească de mâna stângă – îi asigur îmbrăcăminte adecvată (pijama mai largă, cu mod de încheiere simplă) – îl învăţ pe dl M şi pe soţie modul de îmbrăcare: mai întâi, membrul paralizat şi apoi cel sănătos; la dezbrăcare, invers – bazinetul şi urinarul se aşază la îndemâna pacientului; este ajutat să le utilizeze de câte ori este necesar	
● incontinenţa urinară legată de perturbarea sfincteriană (lipsa controlului nervos), manifestată prin: – emisie involuntară de urină	Pacientul: – să prezinte diminuarea episoadelor de incontinenţă – să redobândească parţial continenţa urinară în decurs de o săptămână – 10 zile	– îi explic pacientului care este cauza incontinenţei sale şi că este o situaţie remediabilă (deşi este afazic, mă înţelege) – îi explic necesitatea sondajului vezical/instituirea sondei à demeure pentru o perioadă de timp – efectuez sondaj vezical la indicaţia medicului – spun pacientului să mă cheme când are nevoie, fără nici o jenă – după scoaterea sondei, stabilesc cu domnul M şi soţia sa, un program de eliminare din 2 în 2 ore – cu creşteri progresive a intervalelor – urmăresc diureza zilnică	16.05.1997 – pacientul suportă sonda à demeure 18.05.1997 – după scoaterea sondei, episoadele de incontinenţă sunt mai rare – pacientul poate să pârdă urinarul cu mâna stângă şi să-l folosească – respectă programul stabilit
● risc de alterare a integrităţii tegumentelor legat de imobilizarea la pat	Pacientul să prezinte tegumente intacte pe toată perioada imobilizării	– mă îngrijesc să-i fie asigurate intervenţiile de la diagnosticele anterioare (igienă personală, schimbarea poziţiei...)	17.05.1997 – pacientul are pielea intactă

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENȚII	EVALUARE
• risc de alterare a nutriției prin deficit legat de tulburările de deglutiție și refuzul de a mânca	Pacientul să-și mențină starea de nutriție prezentă, să fie alimentat și hidratat corespunzător cantitativ și calitativ pe toată perioada spitalizării, 25 cal/kg corp/zi (are 70 kg necesar 1 750 cal) Să se hidraleze utilizând cana cu cioc și paiul	– masez regiunile expuse la escare de 3 ori pe zi, le protejez cu colaci de vată – schimb lenjeria de pat și de corp de câte ori este nevoie – explic pacientului importanța consumului de lichide pentru a preveni deshidratarea – evaluez în permanență capacitatea de deglutiție: – ridic capul domnului M și asigur rotația pe partea sănătoasă, în timp ce el mănâncă – încerc administrarea orală de alimente, lichide (lapte, sucuri de fructe, ceai), semisolide (pireuri, legume pasate, spumă de măr), prin administrarea de cantități mici la intervale mici de timp – manifest răbdare în alimentarea pacientului – institui, la indicația medicului, perfuzii zilnice, supraveghez perfuzia instituită, îi explic pacientului că este necesară, având în vedere aportul alimentar mic pe cale orală – educ soția pacientului referitor la modul în care trebuie să-l alimenteze (poziționarea bolnavului în poziție semișezând sau în decubit dorsal cu capul într-o parte) – progresiv, îl învăț să folosească mâna stângă pentru susținerea mâinii drepte în alimentare – realizăm împreună cu soția meniul (prin regim hiposodat și hipolipidic), în funcție de preferința domnului:	Nu prezintă escare, nici roșeață în regiunile expuse 16.05.1997 – domnul M nu prezintă semne de deshidratare 17.05.1997 – bea din cana cu cioc și cu paiul – se pot administra pe cale orală alimente lichide în cantitate de 1 500 ml/zi și semilichide 18.05.1997 – pacientul este hidratat corespunzător. De perseverat.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENȚII	EVALUARE
		– mic dejun: cereale înmuiate în lapte – prânz: supă de pui cu legume pasate, piure de cartofi, spumă de măr – cină: mămăligă cu brânză – efectuez bilanțul lichidian intrări – ieșiri	
● incapacitate de a comunica, legată de prezența afaziei	Pacientul să-și poată exprima nevoile utilizând comunicarea non-verbală prin gesturi, scris cu mâna stângă	– formulez întrebări simple, la care poate să-mi răspundă afirmativ sau negativ prin mișcări ale capului, ale mâinii sănătoase – manifest foarte multă răbdare și înțelegere – vorbesc cu pacientul ținându-l de mână, încercând să obțin din partea lui un gest, o strângere de mână – stabilesc cu domnul M un cod al semnelor, în prezența soției: – pentru DA – o aprobare cu capul –pentru NU – negare cu capul – doresc bazinetul – o mișcare a mâinii stângi spre zona genitală – mi-e sete/foame – o mișcare a mâinii stângi spre gură – aș dori să mi se citească ziarul – o mișcare cu mâna stângă spre ochi – aș dori să ascult radioul – o mișcare cu mâna stângă spre ureche	17.05.1997 – pacientul utilizează mijloace eficiente de comunicare non-verbală prin mișcări ale capului, prin scris cu mâna stângă, prin gesturi 18.05.1997 Idem

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE	OBIECTIV pe termen mediu	INTERVENȚII	EVALUARE
● alterarea imaginii de sine din cauza hemiplegiei, afaziei, manifestată prin agitație, neliniște, anxietate, refuzul de a fi ajutat de soție	Pacientul să-și accepte modificarea imaginii corporale (tranzitorie)	– stabilesc, împreună cu pacientul, un program zilnic de exerciții de vorbire – educ familia să manifeste aceeași înțelegere, să-l mângâie, să-i vorbească Intervențiile expuse anterior ajută pacientul la depășirea situației – îl ajut printr-o comunicare permanentă să se adapteze la noua situație, convingându-l că aceasta este tranzitorie, insistând asupra probabilității reversibilității totale a fenomenelor – explic pacientului că foarte mult contează voința lui de a se face bine, pentru a depăși această fază grea – sfătuiesc aparținătorii să nu plângă în preajma pacientului, deoarece efectul poate fi negativ pentru el	18.05.1997 – având în vedere evoluția favorabilă, pacientul este mai liniștit, mai optimist și încrezător, încearcă să se adapteze la noua situație

NOTĂ:

● Pacientul prezintă și alte probleme cum ar fi: perturbarea comunicării familiale manifestată prin refuzul de a fi ajutat de soție; circulație inadecvată (problema conexă, specifică de colaborare cu medicul); riscul de apariție a sindromului de inutilitate socială (pericol de depresie) pe care nu le-am prezentat în acest plan, dar care trebuie avute în vedere și dezbătute la orele de curs cu profesoara de Nursing/TIB.

● Supraveghez în permanență funcțiile vitale și vegetative ale pacientului, efectuez intervențiile cu rol delegat: analizele și explorările funcționale, administrarea tratamentului medicamentos prescris de medic.

Mariuca IVAN

Postfaţă

Truditor la căpătâiul celor în suferinţă, organizator de sănătate, *„Doamna de fier a Maramureşului"* sau *„Samantha"* – autoare sau coautoare recunoscută a unor lucrări de referinţă, cum sunt: **„Urgenţe medico-chirurgicale pentru cadre medii", „Tehnici speciale de îngrijire a bolnavilor", „Breviar de explorări funcţionale şi de îngrijiri speciale acordate bolnavului", „Ghid de nursing"**, pentru a aminti numai câteva din titluri e reprezentative – ne oferă o nouă încercare pe acest tărâm al pregătirii generaţiei noi de asistente medicale.

Este lăudabilă străduinţa cu care autoarea şi colectivul au preluat şi adaptat la specificul românesc conceptul modern al îngrijirilor medicale *de echipă* în cadrul cărora asistentei medicale îi revine un rol esenţial. Indiferent de specialitate, principiile fundamentale ale îngrijirilor bolnavilor sau persoanelor sănătoase rămân aceleaşi, constituind componenta esenţială în cadrul schemei terapeutice.

Încă din 1950 Expert Committee on Nursing susţinea în raportul său: „În numeroase ţări în care medicina este avansată iar nursing-ul nu, starea de sănătate a populaţiei nu reflectă nivelul ridicat al medicinii".

Cu altă ocazie, am afirmat că nu mi-aş dori, dacă aş ajunge pe patul spitalului, să fiu îngrijit de *„asistenta-tehnician"*, ci de *„asistenta-nursă"*. Nevoile umane stau la baza îngrijirilor acordate de asistenta medicală în cadrul echipei de îngrijire în toate serviciile de sănătate. Chiar utilizând tehnici de ultimă oră şi respectând cu stricteţe toate „indicaţiile", nu este de ajuns pentru recâştigarea stării de sănătate dacă acestea sunt administrate de *„asistenta-robot"*.

Clasicii medicinii româneşti afirmau cu tărie că, de multe ori, căldura umană şi sufletul deschis, ataşamentul de cel aflat în suferinţă, au uneori efecte mai spectaculoase decât cele mai moderne droguri.

Nu pot înţelege pe acei colegi medici – şi cu atât mai puţin pe colegele asistente – care nu acceptă aplicarea conceptului de nursing în spitalele noastre. Să fie vorba de principiul „Eu nu cunosc, deci, nu există?". Adică de nefamiliarizarea cu un concept atât de necesar şi modern, care creează o ciudată, paradoxală repulsie faţă de însăşi noţiunile fundamentale ale unui plan de ingrijire.

Subliniez, nici pe departe nu este vorba de deprofesionalizare, când asistenta acordă sprijin persoanei sănătoase sau bolnave să-şi menţină sau recâştige sănătatea prin susţinerea sarcinilor pe care le-ar îndeplini singur (pacientul) dacă ar fi avut voinţa, puterea sau cunoştinţele necesare.

Medicina românească – ca toată societatea de altfel, aflată într-un program de reorganizare, reformare – ar trebui să acorde atenţia cuvenită conceptului de îngrijire în echipă de „protezare" a funcţiilor afectate ale pacientului până la recâştigarea propriei lui independenţe sau asigurarea unei morti demne, împăcat fiind cu sine când viaţa nu-i mai poate fi salvată.

Apariţia, la noi în ţară, cu o regularitate aproape de invidiat, a unor lucrări fundamentale, de referinţă în acest domeniu, având drept autori personalităţi implicate direct în pregătirea viitoarelor asistente, vine în sprijinul acestei necesare deschideri a orizontului ştiinţific, care ne situează pe o traiectorie comună cu medicina statelor occidentale.

Felicit, deci, colectivul – care a lucrat sub îndrumarea dnei Lucreţia Titircă – pentru această nouă şi valoroasă întreprindere, rămânând cu speranţa că nursing-ul va ocupa cât mai curând locul cuvenit şi în sistemul de sănătate românesc.

Dr. Vasile BONAŢ
medic primar interne specialist nefrolog,
Spitalul Judeţean Baia Mare

Bibliografie

1. GAVRILĂ I., coordonator – Boli infecţioase 1971, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1971

2. GROZA E., IONESCU R.– Boli infecţioase, Editura Medicală, Bucureşti, 1971

3. VOICULESCU M. – Boli infecţioase, vol. I şi II, Editura Medicală, Bucureşti, 1989

4. BRUNNER – SUDDARTH – Soins infirmiers en medicine-chirurgie, Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

5. JUALL CARPENITO LYNDA – Diagnostic infirmier, MEDSI

6. BOCÂRNEA CONSTANTIN – Boli infecţioase şi epidemiologie, Editura INFO-TEAM, Bucureşti, 1993

7. FATTORUSSO V., RITTER O. –Vademecum Clinique du symptome a l'ordonnance, Masson, 1984

8. RADU NICOLAE – Manual de anestezie şi terapie intensivă, vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1988

9. MATUSZ L. PETRU – Primul ajutor în accidentele vacanţei

10. SCHENK ELISABETH, STRAUSS NOSSE ELISABETH – Nursingul medico-chirurgical

11. TITIRCĂ LUCREŢIA – Ghid de Nursing, Editura Viaţa Medicală Românească, 1996

12. TITIRCĂ LUCREŢIA – Tehnici de evaluare şi îngrijiri acordate de asistenţi medicali, Editura Viaţa Medicală Românească, editia II, 1996

13. TITIRCĂ LUCREŢIA – Breviar de explorări funcţionale şi îngrijiri spedale acordate bolnavului, Editura Viaţa Medicală Românească, editia III, 1997

14. VUZITAS GHEORGHE, ANGHELESCU AURELIA – Neurologie si psihiatrie, Societatea Ştiinţifică & Tehnică, 1996

15. MOGOŞEANU AUREL – Elemente practice de reanimare, Spital clinic nr. 1 judeţean Timişoara, 1987

16. BURUNDEL C. – Manual de medicină internă, Editura All, 1996

17. ALBU ROXANA MARIA – Anatomia şi fiziologia omului, Editura Corint, 1996

18. LACOMBE M. – Précis d'anatomie et de physiologie humaines, Ed. Lamarre Poinet

19. DOMNIŞORU LEONARD – Compendiu de medicină internă, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1994

20. DUNN C. DAVID – Chirurgie, diagnostic şi tratament, Editura Medicală, 1976

21. POPA GEORGE – Vademecum de urgenţe medicale, Editura Medicală, 1976

22 SHAFFLER A., BRAUN J., RENZ U. – Ghid clinic, Editura Medicală, 1995

23. MIHĂILESCU MIHAI– Chirurgie pentru cadre medii, Editura Medicală, 1979

24. CIUCĂ Dr., COMAN Dr. – Manual de chirurgie pentru şcolile de asistenţi medicali, Editura Medicală, 1961

25. CÂRMACIU R., NICULESCU C. TH., TORSAN LELIA – Anatomia şi fiziologia omului, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983

26. BURCHI P., DANCIU I., NEDELCU AL. – Anatomia şi fiziologia omului, Manual pentru licee sanitare, Editura Didactică şi pedagogică, 1969

27. MOLDOVAN TIBERIU – Semiologie clinică medicală, Editura Medicală, Bucureşti, 1993

28. UNGUREANU GABRIEL, COVIC MARIA– Terapie medicală, Editura Symposion, Iaşi, 1993

29. STANCIU LUCA, MOANGA MARIAN – Policlinica medicală, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983

30. BARBU ROMEL – Explorări funcţionale, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1979
31. SBENGHE TUDOR – Recuperarea medicală la domiciliul bolnavului, Erlitura Medicală, Bucureşti, 1996
32. Ghid practic de medicnă internă prespitalicească sub redacţia S. Sepulveda; Editura Libra, Bucureşti, 1996
33. THOMPSON M. JUNE – Clinical Nursing, Mosby Company, 1986
34. FORSEA DAN, POPESCU RALUCA, POPESCU C. M. – Compendiu de dermatologie şi venerologie, Editura tehnică Bucureşti, 1996
35. BOGDAN CONSTANTIN – Elemente de geriatrie practică, Editura Medicală, Bucureşti, 1992
36. ANCA ION – Urgenţe în pediatrie, Editura Medicală, Bucureşti, 1996
37. FILON MARIA – Indreptar de pediatrie, Editura Medicală, Bucureşti, 1978
38. LUCKMANN J., SORENSEN K. C. – Medical Surgical Nursing Editura W. B. Saunders Co, 1987
39. KOZIER BARBARA, ERB ELEONORA – Fundamentals of nursing, ediţia a 3-a, Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Divison, 1987
40. LAGERQUIST L. SALLY – Nursing Examination Review; Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Divison, 1987
41. LEONARD DOMNIŞORU – Compendiu de medicină internă, Editura Ştiinţifică, Bucureşti 1994
42. C. BONUNDEL – Manual de medcină internă pentru asistenţii medicali, Editura Medicală, Bucureşti, 1974
43. C. DUMITRESCU, R. PERCIUN – Diabetul zaharat – caietul asistentelor medicale, Editura Scaiul, Bucureşti, 1998
44. ALEXANDRU GHEORGHIU – Elemente de tehnologie didactică, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1983
45. MIRON IONESCU – Lectia între proiect şi realizare, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1982
46. M. MIHĂILESCU – Chirurgie pentru cadre medii, Editura Medicală, Bucureşti, 1991
47. IULIAN MINCU – Diabetul zaharat – ce trebuie să ştim, Editura Medicală, Bucureşti, 1991
48. C. PĂUNESCU – Medicină internă (manual şentru Şcoala sanitară de asistente medicale), Editura Medicală, 1960
49. Partners in diabet care Novo Nordisk – Manual de instrucţiuni One toucn™ Basic™ – sistem de monitorizare a glicemiei
50. V. POSTOLACHE – Medicina de ambulatoriu, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1989
51. Revista „Psihologie" nr. 2, 5/1994
52. LUCREŢIA TITIRCĂ – Urgenţe medico-chirurgicale, Editura Medicală, Bucureşti, 1993

BIBLIOGRAFIE
LA CAPITOLUL ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU AFECŢIUNI ENDOCRINE

1. BEARE P. C., MYERS J. L. – Principles and Practice of Adult Health Nursing, Mosby, 1990
2. BORUNDEL C. sub redacţia – Manual da medicină internă pentru cadre medii, Ed. All, 1994
3. CÂRMACIU R., NICULESCU C. H., TORSAN LELIA – Anatomia şi fiziologia omului, Ed. didactică şi pedagogică, 1983
4. COCULESCU M. – Endocrinologie clinică – Note de curs, Ed. Medicală, 1995

5. DOENGES M. E., JEFFRIES M. F. MOORHOUSE M. F. - Nursing Care Plans, F. A. Davis Company - Philadelphia, 1984
6. HAZARD J., PERLEMUTER L. - Endocrinologie, Masson, 1990
7. IAMANDESCU B. - Psihologie medicală, Ed. All, 1994
8. KNEISL C., AMES S.W. - Adult Health Nursing A Byopsychosocial Approach, Ed. Addison-Wesley Publishing Company, 1986
9. MARTIN TUCHER S. şi colaboratorii - Patient Care Standards. The C. V. Mosby Company, 1984
10. MOGOŞ A., IANCULESCU GH. - Compendiu de anatomie şi fiziologia omului, Ed. Medicală
11. QUERANVILLIERS J., PERLEMUTER L. - Dictionnaire medical de l'infirmiere, Masson, 1990
12. PHIPPS W. J., LONG B.C., WOODS N. F. - Medical - Surgical Nursing - Concepts and Clinical Practice, The C.V. Mosby Company, 1987
13. ŞERBĂNESCU T. - Neurologie, psihiatrie, endocrinologie pentru cadre medii, Editura Medicală, 1978
14. ULRICH P., CANALE S. W., WENDEL S. A. - Nursing Care Planning Guides, W. B. Saunders Company, 1986

BIBLIOGRAFIE
LA CAPITOLUL OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE

1. BOBAK I. M., JENSEN M. D. - Essentiales of Maternity Nursing, The C. V. Mosby Company, 1987
2. BEARE P. C., MYERS J. L. - Principles and Practice Nursing, Mosby, 1990
3. CRISTEA A., ACHIM V., FILIPESCU I. - Obstetrică şi ginecologie, Manual pentru Scolile tehnice sanitare. Editura Medicală. 1963
4. CRIŞAN N., NANU D. - Ginecologie, Ed. Ştiinţifică şi Tehnică, 1995
5. DOENGES M. E., JEFFRIES M. F., MOORHOUSE M. F. - Nursing Care Plans, F. A. Davis Company Philadelphia, 1984
6. DOENGES M. E. KERITY J., MOORHOUSE M. F. - Maternal/ Newborn Care Plans, F. A. Davis Company Philadelphia, 1988
7. FILIPESCU I., MATEŞ V., ORĂDEAN L., CERNĂZEANU P. - Breviar de obstetrică şi ginecologie. Editura Medicală, 1972
8. KNEISL C., AMES S. W. - Adult Health Nursing a Byopsyhosocial Approach, Addison - Wesley Publishing Company, 1986
9. MARTIN TUCKER S. şi colaboratorii - Patient Care Standards, The C. V. Mosby Company, 1984
10. MOGA M., NANU D., SAMANCHI L. - Obstetrică, Ed. Ştiinţifică şi Tehnică, 1994
11. PHIPPS W.J., LONG B. C., WOODS N. F. - Medical-Surgical Nursing, Concepts and Clinical Practice. The C. V. Mosby Company, 1987
12. SNOWLEY G. D., NICKLIN P. J., BIRCH J. A. - Objectives for Care. Second Edition, Wolfe Publishing Ltd., 1992
13. VĂRTEJ P. - Obstetrică fiziologică şi patologică, Ed. All, 1996.

Cuprins

Cuvânt înainte – Lucreţia Titircă 5
Prefaţă la ediţia I – dr. Mihail Mihailide 6
Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului locomotor *(Gherghinica Gal, Monica Seuchea)* 7

Noţiuni de anatomia şi fiziologia aparatului locomotor 7
Educaţia pacientului pentru prevenirea afecţiunilor locomotorii 8
Evaluarea morfo-funcţională a aparatului locomotor 9
Particularităţi de îngrijire a pacientului cu afecţiuni ale aparatului locomotor 16
Pacienţi cu traumatisme 23
Pacienţi imobilizaţi în aparat gipsat 25
Pacienţi cu extensie, tracţiune 28
Pacienţi cu amputaţie 29
Pacienţi cu ruptură musculară 30
Pacienţi cu osteoporoză 30
Pacienţi cu TBC osteo-articular 30
Pacienţi cu osteopatie deformantă 31
Tendinita 32

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului respirator *(Gherghinica Gal, Monica Seuchea)* 34
Noţiuni de anatomia şi fiziologia aparatului respirator 34
Educaţia pacientului pentru prevenirea afecţiunilor respiratorii 36
Evaluarea morfo-funcţională a aparatului respirator 36
Semne şi simptome posibile în afecţiuni ale aparatului respirator 37
Îngrijirea pacientului cu insuficienţă respiratorie acută 39
Îngrijirea pacientului cu astm bronşic 40
Îngrijirea pacientului cu pneumonie bacteriană acută 42
Îngrijirea pacientului cu bronşiectazie 44
Îngrijirea pacientului cu pleurezie 46

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului cardiovascular *(Gherghinica Gal, Monica Seuchea)* 49
Noţiuni de anatomia şi fiziologia aparatului cardiovascular 49
Educaţia pacientului pentru prevenirea afecţiunilor cardiovasculare 50
Evaluarea morfofuncţională a aparatului cardiovascular 51

Semne şi simptome posibile în afecţiunile aparatului cardiovascular 53
Îngrijirea pacientului cu infarct miocardic acut 53
Îngrijirea pacientului cu endocardită infecţioasă 57
Îngrijirea pacientului cu pericardită acută 59
Îngrijirea pacientului cu hipertensiune arterială 60
Îngrijirea pacientului cu afecţiuni ale arterelor periferice 62
Îngrijirea pacientului cu afecţiuni ale venelor 65

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni ale aparatului digestiv şi ale glandelor anexe *(Elena Dorobanţu)* 69
Locul temei în cadrul programei de nursing 69
Obiective generale ale temei 69
Organizarea şi desfăşurarea lecţiei 70
Evaluarea rezultatelor se va realiza prin diferite procedee 72
Noţiuni de anatomie şi fiziologie 74
Educaţia pentru sănătate a populaţiei; măsuri de prevenire a bolilor digestive 75
Evaluarea morfo-funcţională a aparatului digestiv şi glandelor anexe 76
Manifestări de dependenţă (semne şi simptome posibile) 76
Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni digestive tratate medical 79
Îngrijirea pacientului cu stomatită 79
Îngrijirea pacientului cu boală ulceroasă 80
Îngrijirea pacientului cu enterocolită 83
Îngrijirea pacientului cu rectocolită hemoragică 84
Îngrijirea pacientului cu ciroză hepatică 85
Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni ale căilor biliare 87
Îngrijirea pacientului cu pancreatită acută 90
Particularităţi privind pregătirea preoperatorie în intervenţiile chirurgicale asupra aparatului digestiv 91
Particularităţi de îngrijiri postoperatorii în intervenţiile chirurgicale pe tubul digestiv şi glandele anexe 92
Îngrijirea pacientului cu abdomen acut chirurgical netraumatic 94

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe ale aparatului renal *(Gherghinica Gal, Monica Seuchea)* 96
Noţiuni de anatomie şi fiziologie a aparatului renal 96
Educaţia pacientului pentru menţinerea unei eliminări urinare adecvate şi prevenirea afecţiunilor la nivelul aparatului renal 98
Evaluarea morfo-funcţională a aparatului renal 99
Semne şi simptome posibile în afecţiunile renale 100
Îngrijirea pacientului cu insuficienţă renală acută 101
Îngrijirea pacientului cu insuficienţă renală cronică 104
Îngrijirea pacientului cu litiază renală 109
Îngrijirea pacientului cu glomerulonefrită acută difuză poststreptococică 112
Îngrijirea pacientei cu cistită 114
Îngrijirea pacientului cu pielonefrită acută 114
Îngrijirea pacientului cu traumatisme renale 116

Îngrijirea pacienţilor în stare gravă *(Lucreţia Titircă)* 118
Manifestări de dependenţă 119
Intervenţiile asistentei – cu rol propriu şi delegat 124

Îngrijirea pacienților cu afecțiuni oftalmologice
(Elena Dorobanțu) 131
Noțiuni de anatomie și fiziologie 131
Educația pentru sănătate, pentru prevenirea bolilor oculare 132
Evaluarea morfo-funcțională a ochiului și anexelor sale 133
Manifestări de dependență (semne și simptome posibile) 135
Îngrijirea pacienților cu vicii de refracție 136
Îngrijirea pacienților cu afecțiuni inflamatorii și infecții ale ochiului 137
Îngrijirea pacientului cu cataractă 140
Îngrijirea pacientului cu glaucom 141
Îngrijirea pacienților cu traumatisme ale ochiului și corpi străini intraoculari 143

Îngrijirea pacienților cu afecțiuni oto-rino-laringologice
(Elena Dorobanțu) 146
Noțiuni de anatomie și fiziologie 146
Educația pentru sănătate pentru prevenirea bolilor oto-rino-laringologice 146
Evaluarea morfo-funcțională a organelor oto-rino-laringologice 147
Manifestări de dependență (semne și simptome posibile) 149
Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale urechii externe 150
Îngrijirea pacienților cu otită 152
Îngrijirea pacientului cu sindromul menière 153
Îngrijirea pacienților cu infecții nazofaringiene, sinuzale și laringiene 154
Îngrijirea pacienților cu amigdalită 156
Îngrijirea pacientului cu vegetații adenoide 158
Îngrijirea pacientului cu epistaxis 160

Îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ale aparatului genital *(Florica Udma)* 161
Noțiuni de anatomia și fiziologia aparatului genital feminin 161
Educația pentru sănătate a femeii 163
Explorări paraclinice și de laborator în ginecologie 167
Examinarea pacientei cu afecțiuni ginecologice 169
Îngrijirea pacientei cu inflamații genitale 174
Pacienta cu vulvovaginită 174
Pacienta cu boală inflamatorie pelvină 175
Îngrijirea pacientei cu prolaps genital 177
Îngrijirea pacientei cu afecțiuni tumorale ale aparatului genital 178
Particularități privind pregătirea preoperatorie și îngrijirile postoperatorii în afecțiuni ale aparatului genital feminin 180
Pregătirea preoperatorie 180
Pregătirea preoperatorie pentru intervențiile pe cale abdominală 183
Pregătirea preoperatorie pentru intervențiile pe cale joasă (vaginală sau perineală) 185
Îngrijirea postoperatorie 185
Prevenirea complicațiilor postoperatorii 188
Ghid pentru plan de îngrijire a bolnavei cu histerectomie 190
Ghid pentru întocmirea planului de îngrijire a bolnavei cu mastectomie 193

Îngrijiri acordate în obstetrică *(Florica Udma)* 196
Noțiuni elementare despre sarcină și naștere 196
Bazinul osos 196
Bazinul moale 197

Modificările morfo-funcționale ale organismului în timpul sarcinii 197
A. Modificări generale 197
B. Modificări locale 201
Investigații paraclinice în sarcină 203
Examene de laborator 203
Investigații ultrasonice 203
Examene radiologice 204
Examenul lichidului amniotic 204
Consultația prenatală 204
Prima consultație prenatală 205
Supravegherea gravidei cu sarcină normală 206
Gravida cu sarcină normală în primul trimestru 206
Gravida cu sarcină normală în trimestrul II 208
Gravida cu sarcină normală în trimestrul III 210
Gravida la termen 212
Gravida în travaliu – asistarea nașterii 213
Îngrijiri acordate în lăuzie 216
Lăuza în primele două ore 216
Îngrijiri în lăuzia fiziologică 216
Îngrijirea și supravegherea gravidei cu sarcină patologică 218
Gravida cu risc obstetrical 218
Gravida cu disgravidie precoce 220
Gravida cu disgravidie tardivă 221
Gravida cu hemoragii în timpul sarcinii 222
Gravida cu iminență de avort 222
Gravida cu placentă praevia 223
Lăuza cu operație cezariană 223
Lăuzia patologică 225
Ghid pentru planul de îngrijire a gravidei 225

Îngrijiri în pediatrie. Creștere, dezvoltare, maturitate
(Gherghinica Gal, Monica Seuchea) 243
Definirea noțiunilor 243
Factori care influențează creșterea și dezvoltarea 243
Etapele creșterii și dezvoltării 244
Aspecte ale îngrijirii nou-născutului și sugarului 245
Aspecte ale îngrijirii copilului spitalizat 250

Îngrijirea pacienților cu boli infecto-contagioase
(Lucreția Titircă) 253
Noțiuni de epidemiologie 253
I. Factori epidemiologici principali 253
II. Factori epidemiologici secundari 254
III. Formele de manifestare ale proceselor epidemiologice 255
Agenții infecțioși 255
Apărarea organismului față de infecții 256
Diagnosticul bolilor infecțioase 257
1. Date epidemiologice 258
2. Date clinice 258
3. Date de laborator 261
Recoltarea produselor biologice și patologice 263
Profilaxia și combaterea bolilor infecto-contagioase 264
1. Măsuri preventive față de sursa de infecție 265
2. Măsuri față de căile de transmitere 265

3. Măsuri pentru protecţia masei receptive 268
a. Imunizarea activă (vaccinoprofilaxia) 268
b. Imunizarea pasivă 270
Administrarea serurilor 271
Administrarea imunoglobulinelor 274
Îngrijiri specifice în funcţie de calea de transmitere 275
Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni transmise pe cale respiratorie 276
Măsuri ce trebuie luate pentru imitarea propagării bolilor infecţioase respiratorii 277
Îngrijirea pacienţilor cu scarlatină 277
Îngrijirea pacientului cu varicelă 280
Îngrijirea pacienţilor cu rujeolă 281
Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni transmise pe cale digestivă 283
Îngrijirea pacienţilor cu toxiinfecţii alimentare 284
Îngrijirea pacienţilor cu hepatită virală acută A 287

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni/deficienţe dermatologice
(Gherghinica Gal, Monica Seuchea) 293
Noţiuni de anatomie şi fiziologie a pielii 293
Educaţia sanitară pentru prevenirea afecţiunilor dermatologice 294
Particularităţi de îngrijire a pacientului cu afecţiuni dermatologice 294

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni neurologice
(Lucreţia Titircă) 299
Noţiuni de anatomie şi fiziologie a sistemului nervos 299
I. Sistemul nervos somatic 300
II. Sistemul nervos vegetativ 301
Educaţia pacientului cu afecţiuni neurologice 302
Evaluarea morfofuncţională a sistemului nervos 302
Aprecierea stării neurologice 307
Examenul nervilor cranieni 310
Îngrijirea pacienţilor cu hipertensiune intracraniană (H.T.I.C.) 312
Îngrijirea pacienţilor cu tulburări comitiale – epilepsie 316
Îngrijirea pacienţilor cu boala Parkinson (paralizia agitată) 319
Îngrijirea pacienţilor cu tumori cerebrale 322
Îngrijiri preoperatorii – pacienţi cu tumori cerebrale 324
Îngrijiri postoperatorii 324
Îngrijirea pacienţilor comatoşi 327

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni/deficienţe psihiatrice
(Gherghinica Gal, Monica Seuchea) 330
Educaţia sanitară pentru prevenirea bolilor psihice 330
Evaluarea funcţiilor psihice 330
Aspecte ale îngrijirii pacienţilor psihici 331

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni reumatismale
(Elena Dorobanţu) 340
Noţiuni introductive 340
Educaţia pentru sănătate în vederea prevenirii bolilor reumatismale 340
Evaluarea morfofuncţională a aparatului locomotor 342
Manifestări de dependenţă (semne şi simptome posibile) 343
Îngrijirea pacientului cu reumatism articular acut (RAA) 344
Îngrijirea pacientului cu poliartrită reumatoidă PR 347
Îngrijirea pacientului cu spondilită anchilozantă (anchilopoietică) (SA) 349
Îngrijirea pacientului cu reumatisme degenerative (artroze) 351

Îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni endocrine *(Florica Udma)* 353
Glandele endocrine, noţiuni de anatomie şi fiziologie 353
Educaţia pentru sănătate în bolile endocrine 355
Examene de laborator, funcţionale şi paraclinice în bolile endocrine 357
I. Explorarea glandei hipofize 357
II. Explorarea glandei tiroide 358
III. Explorarea glandelor paratiroide 359
IV. Explorarea glandelor suprarenale 359
V. Explorarea glandelor sexuale 360
Semne şi simptome în bolile endocrine 360
Îngrijirea pacientilor cu afectiuni ale hipofizei 371
A. Pacientul cu macrosomie hipofizară (acromegalie şi gigantism) 372
B. Pacientul cu microsomie hipofizară (nanismul hipofizar) 373
C. Pacientul cu diabet insipid 374
Îngrijirea pacientului cu afecţiuni ale glandei tiroide 375
Pacientul cu hipertiroidie 375
Pacientul cu hipotiroidie 378
Pacientul cu tiroidectomie 380
Îngrijirea pacientului cu afecţiuni ale glandelor paratiroide 381
Pacientul cu hipoparatiroidie (tetanie) 381
Pacientul cu hiperparatiroidie 382
Îngrijirea pacienţilor cu afectiuni ale glandelor suprarenale 383
Afectiunile corticosuprarenaliene (CSR) 383
Pacientul cu sindrom Cushing 384
Pacientul cu hiperaldosteronism 385
Pacientul cu boala Addison 386
Afectiunile medulosuprarenalei 389
Pacientul cu feocromocitom 389
Îngrijirea pacientilor cu afectiuni ale gonadelor 390
Pacientul cu hipogonadism 390
Pacientul cu criptorhidie 392
Pacienta cu hiperfoliculinism 392
Pacienta cu sindrom de virilizare 392

Îngrijirea pacientului cu afecţiuni hematologice *(Elena Dorobanţu)* 394
Componentele şi funcţiile sângelui 394
Educaţia pentru sănătate 395
Măsuri pentru prevenirea bolilor hematologice 395
Evaluarea morfofuncţională a sângelui şi a organelor hematoformatoare 395
Manifestări de dependenţă, semne şi simptome posibile în bolile hematologice 396
Îngrijirea pacienţilor cu anemii şi poliglobulii 397
Anemiile şi poliglobuliile 397
Îngrijirea pacientului cu leucemie 399
Îngrijirea pacientului cu sindroame hemoragice sau stări produse de tulburarea hemostazei 400

Îngrijirea pacientului cu boli metabolice şi de nutriţie *(Elena Dorobanţu)* 403
Noţiuni de fiziologie 403
Metabolismul 403
Metabolismul glucidelor 403

Metabolismul lipidelor 404
Metabolismul proteinelor 404
Educaţia pentru sănătate şi prevenirea bolilor de nutriţie şi metabolism 404
Evaluarea metabolismului 405
Semne şi simptome posibile în bolile de nutriţie şi metabolism 406
Îngrijirea pacientului cu obezitate 406
Îngrijirea pacientului cu sindrom de slăbire (subponderal) 408
Îngrijirea pacientului cu gută 410
Îngrijirea pacientului cu diabet zaharat 411
Educaţia pentru sănătate a populaţiei privind prevenirea diabetului zaharat 411
Evaluarea funcţională 412
Plan de îngrijire a pacientului cu diabet zaharat 413

Îngrijirea persoanei vârstnice
(Gherghinica Gal, Monica Seuchea) 420
Educaţia vârstnicului pentru menţinerea independenţei 420
Particularităţi de îngrijire a persoanei vârstnice 421

Îngrijirea pacienţilor cu SIDA (sindromul de imunodeficienţă dobândită) ***(Lucieţia Titircă)*** 425

Îngrijirea pacientului în faza terminală
(Gherghinica Gal, Monica Seuchea) 430
Aspecte ale îngrijirii pacientului în faza terminală şi în doliu 431

Plan de îngrijire (I) a unui pacient cu multiple afecţiuni în STI 434
Ghid de îngrijire 404

Plan de îngrijire (II) 447

Postfaţă 454

Bibliografie 455

Tiparul executat la
S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, Bucureşti
Tel./Fax 211.3260; Tel. 212.2927